Begründet von **H. Auspitz** und **F. J. Pick.**

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Dr. ARNING, Dr. BEHREND, Dr. BESNIER, Prof. BERGH, Dr. BOECK, Prof. DOUTRELEPONT, Prof. DUHRING, Dr. ELSENBERG, Prof. EPSTEIN, Dr. FINGER, Dr. J. GRÜNFELD, Prof. HASLUND, Dr. v. HEBRA, Dr. C. HERXHEIMER, Dr. HOCHSINGER, Dr. HOROVITZ, Dr. JADASSOHN, Prof. JANOWSKY, Prof. JARISCH, Prof. KÖBNER, Dr. KOPP, Prof. LANG, Dr. LEDERMANN, Prof. LELOIR, Prof. LESSER, Prof. ŁUKASIEWICZ, Dr. LUSTGARTEN, Dr. du MESNIL, Dr. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. OBERLÄNDER, Prof. PETERSEN, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Dr. RIEHL, Dr. RÓNA, Dr. O. ROSENTHAL, Dr. SCHIFF, Dr. SCHÜTZ, Dr. SCHUSTER, Prof. SCHWIMMER, Dr. SZADEK, Prof. TARNOWSKY, Dr. TOUTON, Dr. ULLMANN, Dr. VEIEL, Dr. v. WATRASZEWSKI, Dr. WELANDER, Dr. WINTERNITZ, Prof. WOLFF, Dr. v. ZEISSL

und in Gemeinschaft mit

Prof. Caspary, **Königsberg** — Prof. Kaposi, **Wien** — Prof. Lewin, **Berlin** — Prof. Neisser, **Breslau**

herausgegeben von

Prof. F. J. Pick in Prag.

Sechsundzwanzigster Band.

Mit vierzehn Tafeln.

Wien und **Leipzig.**
Wilhelm Braumüller,
k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.
1894.

Inhalt.

Original-Abhandlungen.

Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Rückblick auf ein Vierteljahrhundert
1869—1894.

Von

Prof. **F. J. Pick** in Prag.

Mit dem vorliegenden Hefte tritt das Archiv für Dermatologie und Syphilis in das **zweite Vierteljahrhundert** seines Bestandes.

Ein Zeitraum, voll der wichtigsten Ereignisse auf dem Gebiete der Forschung und der Lehre für beide Fächer ist dahingegangen, das Archiv aber hat diese Ereignisse nicht bloss verzeichnet, es ist ihm vielfach vergönnt gewesen, leitend und bestimmend in die Geschehnisse dieser Zeitepoche einzugreifen.

Als wir vor fünfundzwanzig Jahren an die Gründung des Archivs gingen, haben wir als Motiv besonders den Umstand hervorgehoben, dass die Literatur unseres Faches einen erstaunlichen Mangel an speciellen Fachjournalen darbietet, „es zertheilt sich in unseren Disciplinen der Strom der wissenschaftlichen Publicationen nach allen Seiten hin in die Blätter für Gesammtmedicin und mag in Folge dessen manche nicht unwichtige Thatsache, manch fruchtbringender Keim, welchen die auf ein Fachblatt concentrirte Aufmerksamkeit sofort aufgefasst

und entwickelt hätte im Meere des allgemein medicinischen Details verloren gegangen sein".

In der That bestand zu dieser Zeit ausser in Italien, nirgends sonst ein dermatologisches Fachblatt, nachdem der Versuch, den Fr. J. Behrend mit seinem Archiv für Syphilis und Hautkrankheiten im Jahre 1846 unternommen hatte, missglückt war.

„In dem Wunsche, der dermatologischen und syphilidologischen Forschung einen Brennpunkt zu bieten, haben wir uns mit den ausgezeichnetesten Vertretern unseres Faches begegnet." Das Erscheinen des ersten Heftes wurde allseitig mit Wärme begrüsst und eingehend besprochen,*) unser Programm wurde nicht allein gebilligt, es erfreute sich auch der thätigsten Mitwirkung aller hervorragenden Zeitgenossen.

Hervorgegangen aus der Hebra'schen Schule, in deren Dienst sich das Archiv gestellt, deren Lehren es weit in die Welt hinausgetragen und verbreitet hat, gestaltete sich das Archiv zu einem Organ der deutschen Dermatologie.

Der würde Hebra schlecht verstehen und seinem Andenken einen schlechten Dienst erweisen, der die Anhängerschaft an seine Schule abhängig machen würde von dem Festhalten an seinen Lehren. In der Universalität, in der streng wissenschaftlichen Forschungsmethode, in dem siegreichen Kampfe gegen wissenschaftliche Vorurtheile, in dem Ausmerzen des alten verrotteten scholastischen Ballastes, in der strengen Prüfung der medicinischen Theorien an den objectiv beobachteten pathologischen Vorgängen an der Haut — darin lag der Grund, dass sich Hebra's Schule die Welt eroberte.

---

*) Es dürfte Vielen von Interesse sein zu erfahren, dass auch Robert Mayer dem Erscheinen des ersten Heftes unseres Archivs eine wohlwollende und eingehende Recension gewidmet hat. Weyrauch: Kleinere Schriften von Robert Mayer. Stuttgart 1893. Cotta'scher Verlag.

Auf diesem Standpunkte ist die Redaction des Archiv unentwegt gestanden und diesem Umstande verdankt sie es ihrerseits, dass sich das Archiv aus kleinen Anfängen zu einem Organ von internationaler Geltung emporgeschwungen hat.

Auf immer sicherere Basis sollte die Dermatologie gestellt werden, nun galt es die physiologische, die normal- und pathologisch-anatomische Forschung zu pflegen und diese letztere musste fast ausschliesslich von den Dermatologen selbst in Angriff genommen werden, denn nur das dem Lebenden entnommene Material versprach in den meisten Fällen Aufschlüsse aus dem pathologischen Befunde zu bieten. Wir haben diese Forschungsrichtung besonders begünstigt, niemals wurde eine Arbeit aus diesem Gebiete, wenn auch noch so kostspielige artistische Beilagen nothwendig waren, zurückgewiesen, vielmehr wurde solchen Arbeiten der Vorrang eingeräumt vor anderen, jedenfalls vor den mehr speculativen, die deshalb auch immer mehr in den Hintergrund traten.

Die ätiologische Forschung stand gleich vom Beginne des Erscheinens unseres Archivs im Vordergrunde der Publicationen. Lange bevor auf anderen Gebieten der Medicin dem Studium der parasitären Krankheiten jene Aufmerksamkeit zugewendet wurde, die ihnen heute nach den grossen Impulsen geschenkt wird, welche die Gesammt-Medicin von der bakteriologischen Forschung empfangen hat, war die Erforschung der contagiösen und infectiösen Hautkrankheiten und ihrer Erreger zu schönen Resultaten gelangt. Hier war auch das pathologische Experiment in voller Uebung, jeder Jahrgang des Archivs bringt Kunde hievon und von dem Ansporn, der daraus für die weitere Forschung gewonnen wurde. Und als vollends die Bakteriologie neue und sichere Methoden für das Studium der pflanzlichen Parasiten geliefert hatte, bemächtigte sich die Dermatologie und Syphilidologie derselben mit solchem Erfolge, dass die gewon-

nenen Resultate zu den sichersten Errungenschaften der neuern Medicin gehören. Wieder erwies sich hier die Richtigkeit des Satzes, den wir in dem Vorworte zum 1. Hefte des Archivs ausgesprochen haben, dass nämlich die Dermatologie sich aus einem Eckstein der medicinischen Wissenschaft zu einem Prüfstein derselben entwickelt hat.

Dabei stand die klinische Forschung stets obenan. Man hat über dem Studium der Hautkrankheiten, wie ich oft hervorgehoben habe, nicht den armen Hautkranken vergessen dürfen. Die aus Unverstand und Unkenntniss, zuweilen auch aus Uebelwollen, hervorgegangene Behauptung, dass die grosse dermatologische Schule, welche das Archiv zu vertreten für seine Aufgabe erachtete, einer einseitigen specialistischen Richtung huldige, findet auf jeder Seite des Archivs ihre Widerlegung, vielmehr darf mit Stolz gesagt werden, dass die anderen Zweige der Medicin von der Dermatologie mindestens ebensoviel segensreiche Impulse erhalten, als sie ihrerseits der Dermatologie geboten haben, dass die Dermatologie den Zusammenhang mit der Gesammtmedicin sorgsam gepflegt hat.

Die Arbeiten aus dieser Epoche haben wesentlich dazu beigetragen, die Diagnose und Charakteristik der Hautkrankheiten zu festigen, eine vereinfachte und allgemein verständliche Terminologie zu begründen, ihnen ist es zu danken, dass das Chaos in der Nomenclatur gelichtet und eine internationale Verständigung ermöglicht wurde.

Das hat sich nicht ohne eine gewisse Gewaltthätigkeit vollzogen. Niemand hat das früher begriffen, als Hebra's nächste Schüler, die Herausgeber und Mitarbeiter des Archivs, aber man war der Ansicht, dass vorerst eine Festigung des unbestreitbar Richtigen erzielt werden müsse und dass die genaue Kenntniss desselben allmälig von selbst zu einer neuerlichen Sichtung führen werde.

Das, was die Hebra'sche Schule als die objective Diagnostik bezeichnet, das Erkennen der Hautkrankheiten aus den objectiven Symptomen, hat dem Kliniker eine Sicherheit und Festigkeit in der Auffassung, in der Vorhersage und in der Behandlung verliehen, die zu ähnlichen therapeutischen Erfolgen führte, wie sie die chirurgischen Fächer aufzuweisen haben. Es wurde immer dankenswerther, sich der Behandlung der Hautkrankheiten zu widmen, denn auch das Laienpublicum wurde es nachgerade müde, die Unwissenheit der Aerzte, die sich unter dem Deckmantel der Behauptung von der Gefährlichkeit der Heilung von Hautkrankheiten versteckte, länger zu ertragen, da es so oft Gelegenheit hatte, das Gegentheil zu erfahren. Bei diesem glücklichen Gange der Dinge konnte es leider nicht ausbleiben, dass sich immer mehr Unberufene an die praktische dermatologische Thätigkeit herandrängten, solche, deren Kühnheit oft nur von ihrer bodenlosen Unwissenheit übertroffen wird und die die mühsam errungene Reputation des Faches gefährden. Das gilt nicht allein bezüglich der sogenannten specialistischen Praktiker, die in der Nothlage des ärztlichen Standes zu allerlei traurigen Mitteln ihre Zuflucht nehmen, das gilt noch mehr hinsichtlich jener viel gefährlicheren Elemente, die unter dem wissenschaftlichen Gewande nur persönliche Reclame betreiben. Sich solche Elemente fern gehalten, ihnen die Pforten des Archivs verschlossen zu haben, rechnet sich die Redaction als ein Verdienst an, das nicht hoch genug anzuschlagen ist.

Ueberall auf dem Gebiete der praktischen Medicin gibt es solche Uebelstände zu beklagen, es ist aber evident, dass sie auf dem Gebiete unserer Specialitäten viel häufiger vorkommen. Der specielle Grund hiefür liegt in unserem Unterrichtswesen, wie sich sofort ergeben wird.

Verweilen wir noch einen Augenblick bei dem tröstlichen Gedanken, den uns der hohe Aufschwung bietet, den unsere

Specialwissenschaften in der abgelaufenen Zeitepoche genommen haben.

Kaum ein Jahr nach der Gründung des Archivs entstanden auch in Frankreich, in England, in Nordamerika dermatologische Fachjournale mit ähnlicher Tendenz wie unser Archiv. Der Gedankenaustausch zwischen den Dermatologen gestaltete sich immer reger und inniger. Es erfüllt uns mit grosser Befriedigung, auch auf diesem Wege vorangegangen zu sein, allein ganz besondere Freude empfinden wir darüber, dass durch die Begründung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, welche von der Redaction dieses Archivs ausgegangen ist, eine Schöpfung ins Leben gerufen wurde, die schon jetzt, nach kurzem Bestande, schöne Früchte getragen hat, der das Archiv zwei Ergänzungshefte gewidmet hat und von der wir hoffen, dass sie zur Erfüllung der Bestrebungen, denen diese Blätter gewidmet sind, immer ausgedehnter und immer eingehender beitragen wird.

Nicht mit gleicher Befriedigung können wir auf die Erfolge zurückblicken, die auf dem Gebiete des Unterrichtswesens in unseren Specialfächern erzielt worden sind. Das Archiv hat schon in seinem ersten Hefte 1869, in einem einleitenden Artikel Siegmunds auf die Nothwendigkeit der Errichtung von Kliniken für Dermatologie und Syphilidologie hingewiesen und dieselbe seither immer wieder urgirt. Von durchschlagender Wirkung waren diese Bestrebungen nur in Oesterreich, wo den Specialfächern überhaupt, seit der Initiative, welche von der grossen Kaiserin ausging, von Seite der Regierung erhöhte Aufmerksamkeit und verständnissvolles Wohlwollen geschenkt wird.

Es muss ausdrücklich hervorgehoben werden, dass Wien diesem Umstande, das ist der Pflege der Specialitäten, seine Anziehungskraft gegenüber den anderen Universitäten Oesterreichs und Deutschlands zu verdanken hatte und noch hat. Nach Wien, wo zuerst der Ophthalmologie, der Dermatologie

und Syphilidologie, der Laryngologie etc. Kliniken gewidmet wurden, pilgerten deswegen und nur deswegen Aerzte und Studierende aus aller Herren Länder, um sich Kenntnisse auf Gebieten zu erwerben, deren Wichtigkeit sie früher begriffen haben als ihre heimischen Regierungen und Lehrercollegien. Diese letzteren verhalten sich überhaupt unseren Specialitäten gegenüber vielfach kühl, wenn nicht gar abweisend. Um so dankbarer muss es anerkannt werden, dass das Prager medic. Professorencollegium mit grosser Wärme und dem Gewichte des grossen Ansehens, den dasselbe, während des neuerlichen Aufblühens der med. Facultät im Anfange der siebziger Jahre, bei der Regierung genoss, die Errichtung einer Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis für Prag und mittelbar für alle med. Facultäten Oesterreichs, die dem Beispiele des Prager Collegiums folgten, zu begründen verstand. Seither bestehen in Oesterreich an allen medicinischen Facultäten Kliniken für Hautkrankheiten und Syphilis und eben ist die Regierung, getreu den Traditionen, die aus der Zeit der Kaiserin Maria Theresia diesbezüglich lebendig erhalten wurden, daran gegangen, diese Professuren zu ordentlichen zu gestalten.

Die wohlthätigen Folgen dieser Institutionen sind nicht ausgeblieben, die Ausbildung der Aerzte in diesen Fächern ist eine allgemeinere geworden und hat eine erfreuliche Wirkung auch dahin geübt, dass den specialistischen Charlatanen und Reclamhelden, in Oesterreich wenigstens, immer mehr der Boden entzogen wird, denn dieser Boden, darüber kann kein Zweifel bestehen, ist die Unwissenheit der Aerzte auf diesem Gebiete, wie überhaupt die mangelhafte Ausbildung der Aerzte in der praktischen Medicin die Ursache ist des üppigen Emporwucherns der Kurpfuscherei.

Es ist hier nicht der Ort, die Nothwendigkeit einer tüchtigen Ausbildung der Aerzte auf dem Gebiete der Haut- und

Geschlechtskrankheiten des Breiteren auszuführen, schon aus hygienischen und sanitätspolizeilichen Gründen hat der Staat die Pflicht für eine solche Ausbildung zu sorgen und sich die Ueberzeugung zu verschaffen, dass die approbirten Aerzte sich die entsprechenden Kenntnisse erworben haben. Diese Ueberzeugung kann sich der Staat aber nur verschaffen, wenn er die Aerzte verpflichtet, diese Kliniken zu frequentiren und aus diesen Fächern bei dem Staatsexamen Prüfungen abzulegen. Auch nach dieser Richtung ist nunmehr in Oesterreich und zwar insbesondere auf Andringen der Sanitätsbehörde eine Action eingeleitet, die, wir wollen es hoffen, bald zu einem entsprechenden Resultate führen wird.

So erfreulich sich die Dinge in Oesterreich gestaltet haben, und wir wollen mit Vergnügen constatiren auch in der Schweiz zu gestalten beginnen, in Deutschland ist es damit schlecht bestellt. Noch gibt es in Deutschland Universitäten, in welchen vom Staate selbst, für einen gedeihlichen Unterricht in unseren Fächern gar nicht oder nur sehr mangelhaft vorgesorgt ist. Noch besteht an manchen Universitäten die Gepflogenheit, dass der Unterricht in unseren Fächern nur so nebenher an den internen und chirurgischen Kliniken gegeben wird. Zumeist jedoch liegt die ganze Arbeit auf den Schultern opferwilliger Privatdocenten, welche sich durch Errichtung von Ambulatorien das Material für den Unterricht selbst beschaffen und die Kosten für die Bestreitung der Lehrmittel aus Eigenem tragen müssen. Es ist absolut nicht zu verstehen, weshalb selbst an Universitäten, an welchen eigene Spitalsabtheilungen für Haut- und Geschlechtskranke bestehen, diese Abtheilungen nicht zu Kliniken umgewandelt werden und der selbständigen Leitung eines Fachmannes als eigene Lehrkanzeln unterstellt werden. Ist es doch sogar geschehen (Würzburg), dass eine derartige selbständige Abtheilung, die von einem gediegenen Fachmanne

in vortrefflicher Weise zu Unterrichtszwecken verwerthet wurde, nach dem Tode des Vorstandes wieder der Leitung des internen Klinikers, gewiss gegen seinen Wunsch und gegen sein Interesse, übergeben wurde. Das ist ein nicht genug zu beklagender Rückschritt, weshalb wir erwarten, dass der bayerische Herr Unterrichtsminister, der bei Gelegenheit der Naturforscher-Versammlung in Nürnberg in erhebender Weise die Versicherung ertheilte, dass ihm als Ehren-Doctor der Medicin die Förderung des medicinischen Studiums besonders am Herzen liege, diesen Anachronismus beseitigen und an den bayerischen Hochschulen entsprechende Einrichtungen treffen werde, dies um so gewisser, als den Universitäten München und Würzburg der Ruhm gebührt, bis in die siebziger Jahre, neben Berlin die einzigen Stätten in Deutschland gewesen zu sein, an welchen in unseren Fächern von hervorragenden Männern Unterricht ertheilt wurde.

Mit Vergnügen schliessen wir diesen Rückblick mit dem Hinweise auf die in Breslau und Bonn erzielten Erfolge. Hier, wo seit 1877 und 1882 Kliniken für Haut- und Geschlechtskrankheiten bestehen, finden wir diese Institute in eigens hiefür aufgeführten Neubauten untergebracht, welche allen Anforderungen an klinische Institute entsprechen. Ganz besonders gilt dies von der neuen Breslauer Klinik,*) die auf demselben Terrain wie die anderen neuen Breslauer Kliniken, in bevorzugter Lage stehend, sowohl in der prachtvollen baulichen Ausführung, wie in der äusserst praktischen inneren Einrichtung ein wahres Musterinstitut bildet. Es ist daraus ersichtlich, dass nun auch in Deutschland, speciell in Preussen, die Unterrichtsbehörden die Bedeutung der Dermatologie besser zu würdigen beginnen und die argen Unterlassungssünden zu tilgen suchen. Wir betrachten die neue Breslauer Klinik als das

*) Eine ausführliche Beschreibung dieser Klinik mit Abbildungen bleibt dem nächsten Hefte vorbehalten.

glanzvolle Wahrzeichen einer Wandlung, die sich nunmehr auch in der äusseren Stellung unserer Fächer in Deutschland vollziehen wird.

Aus diesen Auseinandersetzungen ergibt sich, dass das Archiv an den Bestrebungen zur Förderung der Wissenschaft und des Unterrichtes jederzeit werkthätigen Antheil genommen hat und so dürfen wir wohl mit Genugthuung auf die Leistungen des Archivs in dem abgelaufenen Vierteljahrhundert zurückblicken.

Der Aufschwung, den das Archiv im Laufe der Jahre genommen, zeigt sich schon in dem Umfange, der den einzelnen Jahresbänden gegeben werden musste. Anfangs viermal im Jahre in Heften von 8—10 Bogen ausgegeben, erschien es seit 1886 sechsmal in Heften von 10 Bogen und musste schliesslich bei namhafter Ueberschreitung des Umfanges von 60 Bogen pro Jahr, zur Herausgabe von Ergänzungsheften geschritten werden. Abgesehen von der reichen Fülle von Originalarbeiten boten und bieten die Berichte über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilidologie einen Ueberblick über die in zahlreichen Zeitschriften zerstreute Fachliteratur, welcher dem Forscher eine möglichst vollständige und rasche Orientirung über die Publicationen gestattet.

Diese Leistungen wären nicht möglich gewesen, wenn sich die Redaction nicht der Unterstützung und Mitwirkung ausgezeichneter Fachgenossen zu erfreuen gehabt hätte, die sich zu verschiedenen Zeiten an der Herausgabe des Archivs betheiligt haben. Mit Wehmuth gedenken wir hier unseres zu früh dahingegangenen Freundes Auspitz und zollen unseren herzlichsten Dank den Herren Herausgebern, den Professoren Caspary, Kaposi, Lewin, Neisser, insbesondere den Herren Kaposi und Neisser, welche seit dem Jahre 1886 die Redaction des Referatentheils mit ausserordentlichem Erfolge

leiten und danken ebenso den Herren Doctoren Horovitz und Jadassohn, welche sie bei der Redaction wesentlich unterstützen. Aber auch allen anderen Mitarbeitern des Archivs, die einzeln anzuführen uns der Raum nicht gestattet, sagen wir unseren wärmsten Dank und erbitten uns ihre fernere Mitwirkung. Die Redaction ihrerseits kann diesem Danke keinen besseren Ausdruck geben als durch das Versprechen, an dem Programme des Archivs auch in der Zukunft festzuhalten.

Es drängt uns noch unseren herzlichsten Dank und unsere wärmste Anerkennung auszusprechen der ausgezeichneten Verlagshandlung, welche den Wünschen der Herausgeber und Autoren jederzeit bereitwillig entgegengekommen ist und in richtigem Verständniss von der Wichtigkeit unseres Unternehmens demselben grosse Opfer gebracht hat, sich somit einen wesentlichen Antheil erworben hat an dem Blühen und Gedeihen des Archivs.

PRAG, November 1893.

Originalabhandlungen.

Finden sich in den als leprafrei bekannten Landstrichen Frankreichs, insbesondere im Norden und in Paris, Spuren der alten Lepra?

Von

Prof. **Henri Leloir** in Lille.

Die Frage von der Persistenz der Lepra in europäischen leprafreien Gegenden und insbesondere in Frankreich, eine Frage von höchstem Interesse, wurde zwar öfters schon erhoben, wie wir alsbald sehen werden; da sie aber von Neuem im August 1890 in der Académie de Médecine discutirt wurde, ohne dass ich an dieser Discussion theilnehmen konnte, erlaubte ich mir der Akademie diesbezüglich eine Arbeit in der Meinung vorzulegen, dass das im Hinblick auf die Arbeiten, die ich über diesen Gegenstand früher veröffentlicht habe, nicht ohne Nutzen sein dürfte.

Im Jahre 1882 habe ich in meinem Buche: „Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse.“ Paris, A. Delahaye et Cie. 1881, p. 117 u. ff. eine Beobachtung mitgetheilt, bei der es sich um ein junges Mädchen handelte, das eine bis jetzt unbenannte Affection darbot, welche ich mit dem Namen Plaques gangréneuses cutanées multiples en rapport avec une lésion du système nerveux bezeichnete, welche aber in gleicher Weise als Lepra aufgefasst werden konnte.

Poncet de Cluny, dessen Competenz in diesen Dingen Jedermann kennt, zögerte nicht die Diagnose Lepra zu machen.

Ich meinerseits glaubte diese Diagnose nur mit grosser Reserve annehmen zu dürfen und rechnete also diese Affection unter die noch unbenannten Hauterkrankungen nervösen Ursprungs und bezeichnete sie als „trophoneurotische Gangrän der Haut unter dem Bilde der Lepra“.

Dieses junge Mädchen, in Paris geboren, hat Paris niemals verlassen. Ich lasse hier die Krankengeschichte dieses jungen Mädchens folgen:

Fall I.

Multiple Gangrän der Haut bei einem Mädchen von 18 Jahren.

Beginn der Hautaffection mit schmerzhaften Sensationen im Bereiche umschriebener Stellen der Haut. Anästhesie an der Stelle, wo der gangränöse Schorf erscheint. Multiple Herde von Gangrän von pergamentartigem Aussehen; daran anschliessend Ulcerationen mit nachfolgender Keloidbildung. Keine bemerkenswerthe Störung des Allgemeinbefindens. Beginn der Erkrankung vor 3 Jahren. Verschiedene Methoden der Behandlung. Keine Besserung.

Marguerite M..., 18 Jahre alt, Näherin, geboren in Paris, hat Paris niemals verlassen.

Hereditäre Verhältnisse: Vater, ein wenig erregbar, hat keine Syphilis durchgemacht. Mutter, 42 Jahre alt, scheint bis 1876 gesund gewesen zu sein, zu dieser Zeit wurde sie plötzlich von einem epileptiformen Anfalle mit vollständigem Verluste des Bewusstseins befallen, und diese Anfälle wiederholten sich fast alle 14 Tage, sogar während des Schlafes (vorausgegangen war während einiger Jahre eine Verminderung des Gedächtnisses). Charcot und ebenso sein Schüler, Dr. Richer, der später consultirt wurde, scheinen bei dieser Kranken Hysterie diagnosticirt zu haben. Dieser Ehe entstammen 6 Kinder, von denen eines im Alter von 3½ Jahren an einer nach Morbillen aufgetretenen Bronchopneumonie starb; eine Tochter litt in ihrem 13. Lebensjahre, also während der Pubertät, an Chorea; der erste Anfall dauerte 2 Monate; er hinterliess dann noch einige choreatische Zuckungen. Zwei Töchter sind vollkommen gesund.

Antecedentien der Patientin selbst: Keine Ausschläge, keine Drüsenschwellungen während ihrer Jugend, kein Ausfluss aus dem Ohre; granulöse Ophthalmie im Alter von 2, Scarlatina im Alter von 10 Jahren. Oefters an Migräne leidend. Mit 11½ Jahren wurde sie das erstemal menstruirt ohne Beschwerden; seit dieser Zeit ist sie alle 14 oder 18

Tage menstruirt, die Regeln dauern 6 bis 7 Tage und sind nicht selten begleitet von Schmerzen im Bauche und in der Nierengegend. Fünf Monate vor Beginn der gegenwärtigen Affection eine Eruption von Furunkeln auf dem Halse und dem linken Arme.

Beginn der Erkrankung. September 1878 erschien auf der rechten Wange ein rother, nur wenig schmerzhafter Fleck, der so während 6 Monaten persistirte; dieser Fleck war sogar manchmal leicht schwärzlich am Morgen und war von einer intermittirenden Injection des rechten Auges begleitet. Ein herbeigerufener Arzt (Bepasse) dachte an eine Entzündung des Jochbeins, während sie Bernutz für eine Art Erythema nodosum hielt. Niemals irgend ein Hautausschlag, niemals kleinere oder grössere Blasen. 6 Monate nach Auftreten dieses rothen Fleckes zeigte sich auf der Wange ein kleiner grauer Schorf, ungefähr von der Grösse eines 50 Centimesstückes, ähnlich denjenigen, welche in der Folge auftraten, aber viel oberflächlicher, so dass das sich entwickelnde Geschwür und die später entstehende Narbe nur sehr klein waren. Einige Wochen nach dem Erscheinen der ersten gangränösen Stelle zeigte sich eine ähnliche hinter dem linken Ohre und diese hinterliess eine zwar seichte, aber sehr hartnäckige Ulceration. Darauf folgte eine neue kleine gangränescirende Stelle auf der Wange, ferner ähnliche am Halse, in der Magengrube und am linken Arme. Seit dieser Zeit erscheinen jeden Augenblick neue Eruptionen von gangränösen Herden, so dass die Kranke kaum 14 Tage Ruhe hat. Seit 2 Jahren vergeht keine Woche, ohne dass sich ein neuer Herd zeigt. Der Vater der Kranken consultirte nach und nach Bepasse, der Ferrum jodatum, dann arsenigsaures Natron, Einreibungen mit einer Jodoformsalbe, dann phosphorsauren Kalk, später Kupfersulphatbäder, verordnete, sodann Bernutz, der ebenso arseniksaures Natron verordnete, dann Leberthran und Belladonapillen, Ricord, der arseniksaures Eisen, Fournier, der Jodeisen und Jodkali verordnete und die erkrankten Theile mit Vigo-Pflaster bedecken liess. Landouzy liess Eisen-Arsenik und Reispuder gebrauchen, Hardy Jodkali, Leberthran, Ergotin und endlich Tinctura nucis vomicae.

Status praesens (4. April 1881): Das junge Mädchen ist von kräftigem Wuchse. Die Affection bietet sich uns in verschiedenen Stufen der Entwicklung dar im Bereiche der oberen Extremitäten, des Halses und des Kopfes, des linken Knies und der Magengrube.

Linke obere Extremität: Diese ist ganz besonders interessant, insoferne man an ihr die verschiedenen Formen der Affection in den verschiedenen Graden ihrer Entwicklung verfolgen und studiren kann.

Erster Typus: Im Bereiche der mittleren Partie des Vorderarmes findet sich ein gangränöser Herd, der sich letzten Donnerstag angeblich zeigte und während 24 Stunden durch ein fortwährendes, ziemlich unangenehmes Prickeln, das die Kranke nach ihrer Angabe sogar aus dem Schlafe weckte, angekündigt wurde. Wenn das junge Mädchen mit dem Finger auf die hyperästhetische Stelle, wo sich später der Herd entwickelte, drückte, entstand daselbst eine sehr intensive, schmerzhafte

Sensation, die es zwar nicht genau definiren kann, aber am liebsten mit einem heftigen Kneifen vergleichen würde. Da die Patientin ihren Arm immerwährend verbunden trägt, ist es uns unmöglich zu bestimmen, ob dem Entstehen der Herde Hyperämie oder Anämie der Haut vorhergeht. Die Schorfe bieten von allem Anfange an das Aussehen, wie wir es jetzt sofort beschreiben werden. Doch ist der Schorf im Momente seines Erscheinens etwas weisser und die Ränder etwas stärker entzündet. Die Kranke ebenso wie ihr Vater beharren fest auf der Behauptung, dass weder eine Blase noch eine Abhebung der Epidermis der Schorfbildung jemals vorhergeht, sondern dass sie von allem Anfang pergamentartige Schorfe darstellen, wie wir sie mit Beziehung auf den Herd am Vorderarme studiren werden, endlich dass sie leicht eingesunken erscheinen.

Der Herd *A* ist ein wenig oval, 6 Cm. lang, 4 Cm. breit, leicht eingesunken. Er hat eine graue Farbe, ist pergamentartig, leicht braun in seinem Centrum, absolut glatt. Er ist vollkommen unempfindlich, so dass man eine Nadel bis zur Tiefe eines Mm. und noch tiefer einstechen kann, ohne Schmerz zu erzeugen. Die so verschorfte Haut ist ausserordentlich dicht, so dass man nur mit grosser Mühe eine Nadel einstechen kann; wenn der Schorf sich ablöst, so soll er nach Angabe der Kranken ebenso wie ihres Vaters, ungefähr 2 Mm. dick sein und sehr fest, so dass er nur mit Aufwand von Kraft mit der Schere durchschnitten werden kann. Die Ränder des gangränösen Herdes sind in einer Breite von 1—2 Mm. ungefähr heftig entzündet und leicht hervorragend über die umgebende Haut, ebenso wie über den Schorf; sie haben eine dunklerrothe Farbe, welche von der rothen Farbe der den Schorf in einer grösseren oder kleineren Entfernung umgebenden Haut deutlich absticht. Die Haut ist leicht geröthet und anscheinend ein wenig narbig, weil der Schorf sich an Theilen entwickelt hat, welche schon früher von derselben Affection ergriffen worden waren, indem der Herd Mitte Januar 1881 entstanden war. Die Sensibilität ist im Bereiche der den Schorf in einer Distanz von ungefähr 2 Cm. umgebenden Haut deutlich vermindert, und es ist diese Verminderung der Sensibilität hauptsächlich im Bereiche der rothen, den Schorf begrenzenden Ränder ausgesprochen. So empfindet z. B. die Patientin im Bereiche der Ränder einen leichten Nadelstich nicht, den sie ungefähr 2 Cm. nach aussen empfindet; sie empfindet eine leichte Berührung oder ein Reiben mit dem Stecknadelkopfe hier nicht, während sie dieselben 2 Cm. nach aussen von dem Schorfe deutlich empfindet; ebenso ist die Empfindung für Druck mit dem Nadelkopfe sehr vermindert.

Zweiter Typus: Wenn der Schorf abfallen soll, was nicht vor Ablauf einer verschieden langen Zeit, 2—3 Wochen und darüber erfolgt, bräunt sich der Schorf, strebt sich abzuheben, seine Ränder lösen sich allmälig los, es entsteht eine leichte Eiterung, und nach und nach löst sich der Schorf ab (der Vater schneidet gewöhnlich die sich erhebenden Ränder ab, damit sie nirgendwo hängen blieben und so der Kranken Schmerzen

verursachten), so dass ungefähr 14 Tage vergehen, bevor der Schorf vollkommen abgestossen ist. Unter dem Schorfe kommt die in verschiedener Tiefe (1—3 Mm.) exulcerirte Haut mit dem exulcerirten Papillarkörper, von wenig reichlichem Eiter bedeckt, zum Vorschein. Man kann diese beiden Arten des Verlaufes sehr gut an den beiden Schorfen am Halse verfolgen. Der eine im Begriffe sich abzulösen, der andere schon zum Theile abgelöst. Im Bereiche der Hand findet sich ein ovales Geschwür von 3 Cm. Länge, 2 Mm. Breite; sein Grund ist bräunlich, an einzelnen Stellen leicht granulirend und theilweise mit einer dünnen Schicht getrockneten Eiters bedeckt. Die Ränder dieser Ulceration, die aus einem vor ungefähr 3 Wochen aufgetretenem Schorfe entstand, zeigen eine gewisse Tendenz zur Vernarbung und sind steil abfallend.

Ein wenig unterhalb der Ellbogenbeuge ist eine gut granulirende Ulceration auf dem Wege der Vernarbung; sie entstammt einem vor 5 Wochen aufgetretenen Schorfe.

Ausser diesem Schorfe und diesen mehr oder weniger auf dem Wege der Vernarbung befindlichen Ulcerationen findet man auf dem Vorderarme reichliche Narben, Spuren alter Efflorescenzen, welche den oben beschriebenen ganz analog waren. Unter dem Schorfe *A* befindet sich eine Narbe von 5 Cm. Länge und 5 Cm. Breite, unregelmässig viereckig; oberhalb dieses Schorfes findet sich eine etwas kleinere Narbe von Sichelform. Die untere Narbe, leicht eingezogen, ganz glatt, von bläulichrother Farbe, sieht einer alten Narbe nach einer Verbrennung 3. Grades zum Verwechseln ähnlich; sie entstammt einem im März 1880 zum Vorschein gekommenen Schorfe. Etwas höher oben, in der oberen Hälfte des Vorderarmes, befinden sich analoge, aber weniger eingezogene Narben. In der Nähe der granulirenden Ulceration finden sich etwas längliche unregelmässige, leicht vorspringende Narben, welche die Tendenz zeigen, keloidartig zu wuchern; sie stammen von Schorfen, welche sich December 1879 gezeigt haben. Alle diese Narben, welche die Neigung zeigen, sich in Keloide umzuwandeln, sind glatt, bläulich-braun und sehen leicht vorspringenden Narben nach Verbrennungen 3. Grades ausserordentlich ähnlich. Dieser Keloidcharakter der Narben ist besonders im Gebiete des Halses und des Gesichtes ausgesprochen, wo sie, wie wir sehen werden, den durch concentrirte Schwefelsäure erzeugten Narben auffallend ähnlich sehen.

Im Bereiche aller dieser Narben findet man ziemlich ausgesprochene Anästhesie; die Patientin empfindet hier leichte Nadelstiche, leichte Berührung mit dem Nadelkopfe nicht. In der unmittelbar unter dem Schorfe *A* gelegenen Narbe empfindet sie öfters Prickeln und sogar Schmerzen, wenn sie dieselbe berührt. 5 ähnliche Narben, darunter eine ziemlich vorspringende, befinden sich im Bereiche der vorderen, seitlichen Partieen des linken Armes.

Rechte obere Extremität: Im Bereiche der vorderen Gegend des rechten Handgelenkes finden sich 2 Narben ungefähr von der Grösse

eines 1Frankstückes, glatt, leicht erhaben; sie gingen aus Schorfen hervor, welche im März 1880 erschienen waren.

Im Bereiche des linken Knies findet sich eine kleine, leicht bläuliche Narbe von der Grösse eines 1Frankstückes, welche von einem Juli 1880 entstandenen Schorfe stammte.

Im Bereiche der Magengrube eine wenig vorspringende, weisse Narbe von einem Durchmesser, der dem eines 50Centimesstück entspricht; sie entstammte einem Mai 1879 erschienenen Schorfe.

Hals und Kopf. In den seitlichen Partien des Halses und in der regio submaxillaris finden sich 2Frankstück grosse Narben, mehr oder weniger länglich oder unregelmässig, von dunkelrother Farbe, Spuren von Herden von Nekrose, welche sich seit ungefähr 2 Jahren gezeigt hatten. Vor dem linken Ohre finden sich 3 rothe, längliche, vorspringende Narben, welche denen nach Schwefelsäureverbrennung ausserordentlich ähneln.

Aehnliche Herde weist unsere Kranke auf der rechten Seite auf. Ebenso trägt sie in der Regio subhyoidea zwei graue nekrotische Stellen, von der ungefähren Grösse eines 1Frankstückes, im Begriffe, abgestossen zu werden. Auf der linken Hälfte der Stirn eine rothe, sichelförmige Keloidnarbe, Spuren eines im letzten Sommer aufgetretenen Herdes.

Im Bereiche der rechten Backe 2 Narben von der Grösse eines 50Centimesstückes, wenig eingezogen, weiss und von einer zartrosa Haut umgeben, Spuren der ersten Herde, welche sich im September 1878 gezeigt hatten.

Die behaarte Haut und der Rest des Körpers sind vollkommen frei.

12. April. Die Patientin hat am 8. April um 10 Uhr Vormittags über ziemlich heftiges Prickeln hinter dem rechten Ohre geklagt. Der Vater, von uns beauftragt, hat sofort diese Gegend untersucht und die Gegenwart eines rothen Herdes von 5Frankgrösse constatirt; er stach mit einer Stecknadel in diese Stelle, ohne dass die Kranke die geringste Empfindung davon hatte. Am selben Tage, gegen 5 Uhr Abends, zeigte sich im Centrum dieses rothen Herdes eine nekrotische Partie von grau-weisser Farbe und von der Grösse eines 2Frankstückes ungefähr und umgeben von einem rothen Hofe; dieser Herd gleicht vollkommen dem genau und ins Detail beschriebenen Herde auf dem linken Vorderarme. Bis zu dem Augenblicke, wo der Schorf sich gebildet hat, vermehrt sich das Prickeln; sobald aber der Schorf da ist, leidet die Kranke nicht mehr oder nur wenig bis zum Momente seiner Ablösung.

Den 10. April gegen 9 Uhr Morgens Prickeln im Bereiche der seitlichen Partien des Halses, ein wenig unterhalb und hinter dem rechten Ohre und Auftreten eines gangränösen Herdes von der Grösse eines 2Frankstückes um 6 Uhr Abends.

12. April. Nachdem Patientin Hardy um Rath gefragt hatte, kam sie zu Vulpian, der ihr von folgender Lösung täglich 1 Esslöffel

verordnete: Aquae destillatae Gr. 300·0, auri chlorati 0·02 und eine, später 3 Belladonapillen à 0·02.

Seit einiger Zeit empfindet Patientin lancinirende Schmerzen in den Keloidnarben des Halses.

26. April. Am 14. April ist ein neuer Herd in der linken Regio parotidea erschienen, und am 18. ein neuer in der linken Regio submaxillaris, und zwar scheinen sich diese Herde viel rapider zu entwickeln als gewöhnlich.

Behandlung: Durch 8 Tage 3 Löffel der Goldchloridlösung, in 8 darauffolgenden Tagen 4 Löffel.

2. Mai. Keine neuen Herde.

7. Mai. Wir stellen die Patientin der biologischen Gesellschaft vor. Poncet diagnosticirt Lepra.

17. Mai. Am 14. Mai ist ein neuer Schorf von der Grösse eines 2Frankstückes in der vorderen und mittleren Partie des linken Vorderarmes erschienen, er erscheint viel oberflächlicher als die früheren und ein anderer neuer in der linken Regio submaxillaris. Ihrem Erscheinen gingen dieselben Phänomene voran, immer fand sich anfangs Anästhesie.

Täglich zwei Gläser folgender Lösung auf mehrere Male zu nehmen: Wasser 1800 Gr., Natrii phenylici 2 Gr.

Täglich Früh und Abends von folgenden Pillen 1 zu nehmen:

Chinini hydrobromici Gr. 3·0; Pulv. Valerian. q. s., ut fiant pillulae Nr. XX.

Nach Verlauf von 3 Tagen 3 Pillen, nach Verlauf von 4 Tagen 4 zu nehmen.

Vulpian verordnet dann verschiedene Mittel: Jodoformpillen, dann Carbolsäure, folia Jaborandi, Eisenarsen und Strychnin.

Trotz dieser Behandlung fährt die Krankheit jedoch fort sich weiter zu entwickeln, Woche für Woche sieht die Kranke neue Herde von Nekrose entstehen, sei es auf dem Halse, sei es auf den Armen; regelmässig geht dem Auftreten dieser Herde eine schmerzhafte Sensation voran und vollkommene Anästhesie im Bereiche desjenigen Punktes, wo die Gangrän in der Folge eintritt (der Vater hat mehreremale mit einer Nadel bis zu einer Tiefe von 2 Mm. eingestochen, ohne Schmerz zu erzeugen). Häufig constatirt man an dem Punkte, wo dann Gangrän eintritt, Röthung; zweimal aber war die Hautfarbe nach Aussage des Vaters normal, ja sogar ein bischen blässer.

Am 3. August sehe ich die Kranke, welche sich immer in demselben Zustand befindet, wieder. Es hat sich noch ein neuer Herd auf dem Arme gezeigt.

1855 schrieb ich im Vorworte meines der biologischen Gesellschaft am 13. Juni 1885 überreichten und dem Ministerium für Unterricht im October 1884 zur Verfügung gestellten Berichtes über die Lepra in Norwegen: „Ich benütze

diese Veröffentlichung, um der Gesellschaft von 2 bemerkenswerthen Fällen, welche ich gerade jetzt in Lille beobachte, und welche in ihrem Aussehen eine ausserordentliche Aehnlichkeit mit der Lepra mutilans zeigen, zu berichten.“ [1]) Der eine dieser Fälle wurde erst kürzlich in meiner Klinik von Dr. Chaon aus Nizza besichtigt, der mir beim Anblicke des Patienten sogar sagte: „Sie haben also Lepra hier?“ — Schon 1881 habe ich einen Fall von Hautaffection beobachtet, der der Lepra zum Verwechseln glich, was auch die Ansicht des Dr. Poncet war. [2]) Bei diesen 3 Fällen, von denen ich später noch zu sprechen haben werde, handelt es sich um in Frankreich geborene Franzosen, von französischen Eltern abstammend, und keiner hat je sein Land (der eine Paris, die beiden anderen das Département du Nord) verlassen.

Würden diese Kranken in einem Lande wohnen, wo die Lepra zu Hause ist, so würde man sicherlich die Diagnose Lepra mutilans machen. Da aber diese Leute in Frankreich leben, so gibt man diesen Affectionen einen problematischen Namen. — Sind das nicht verkümmerte Fälle von Lepra, Spuren der alten Lepra? Ich werde auf diese Frage, welche ich breiter in meinen Vorlesungen behandelt habe, alsbald wieder zurückkommen.

(Fortsetzung folgt.)

---

[1]) Diesen Fall illustrirten übrigens die am 13. Juni 1885 von mir der biologischen Gesellschaft demonstrirten Photographien.

[2]) Diesen Fall illustrirten der Abdruck, den ich gemeinschaftlich mit Dejérine im Mai 1881 der biologischen Gesellschaft vorlegte und das diesen Fall betreffende Bild, welches 1881 veröffentlicht wurde, in meiner Arbeit, betitelt: „Klinische und pathologisch-anatomische Untersuchungen über Hautaffectionen nervösen Ursprungs.“ Paris, A. Delahaye & Co. 1881.

Zur Lehre von den Arzneiausschlägen.[1])

Von

Prof. **Caspary** in Königsberg.

Es ist ja lange bekannt, dass nach Einnahme von Jod- und Brompräparaten und von Balsamicis bei vielen Menschen typische Ausschläge — acneiform einerseits, urticaria- oder roseolaförmig, andererseits — auftreten. Aber es ist nicht viele Jahre her, dass auf Idionsynkrasie beruhende, also unvorhergesehene Arzneiexantheme häufiger beobachtet und beschrieben werden, ich möchte fast sagen, dass sie überhaupt beachtet werden. Ich irre wohl nicht, wenn ich diese erhöhte Aufmerksamkeit, zumal in Deutschland und Oesterreich, von dem Jahre 1877 datire, in dem Koebner scharlachähnliche Exantheme nach Chinin beschrieb und zugleich die spärliche Literatur über ähnliche Vorkommnisse angab. Seitdem sind nun sehr viele Mittheilungen erfolgt, aber ich glaube, immer noch nicht genug. Schon aus Gründen der Therapie. Da steht uns Allen doch immer noch obenan der hippokratische Grundsatz: Nil nocere! Wenn nun auch eine Jodacne und eine Urticaria ex balsamicis uns meist keinen grossen Kummer machen werden, so gibt es doch ganz böse Arzneiausschläge, die uns während ihres Bestehens sehr in Athem erhalten, und

---

[1]) Nach einem Vortrage in dem Verein für wissenschaftliche Heilkunde.

von denen manche zu Blindheit und Tod geführt haben. Dann in diagnostischer Hinsicht. Es ist doch nicht gleichgiltig, wenn jene Aebtissin in Meran, deren Beobachtung Koebner zu so wichtigen Ergebnissen führte, mehrere Male an Scharlach behandelt, viele Wochen abgesperrt wurde und immer wieder Chinin — dreimal in 5 Monaten — erhielt, das bei ihr immer wieder ein scarlatiniformes Erythem hervorrief. Aber es knüpfen sich noch eine ganze Reihe anderer, praktisch und wissenschaftlich wichtiger Fragen an: Woher in manchen Fällen die plötzlich eintretende Idionsynkrasie gegen ein lange vertragenes Mittel? Woher ebenso plötzliches Erlöschen dieser eben noch erprobten Idionsynkrasie? Entstehen die nach äusserlichem Gebrauche des Mittels auftretenden Ausschläge auf dieselbe Weise wie die auf internem Wege erzielten? Und wie kommen diese letzteren überhaupt zu Stande? Auf reflectorischem Wege von den Nervencentren aus? Oder durch Reizung der peripheren Nerven? Oder durch directen Uebergang von dem Blute aus in die Haut, etwa in die Hautdrüsen?

M. H., ich denke nicht, Sie hier durch einen Vortrag über diese Fragen zu ermüden, nur um Ihnen schliesslich erklären zu können, dass sie mir alle noch als unaufgeklärte Räthsel erscheinen. Ich bitte heute nur um die Erlaubniss, Ihnen einige Beobachtungen als klinischen Beitrag zur Kenntniss der Arzneiexantheme vortragen zu dürfen.

Und da möchte ich zunächst von einem Krankheitsfalle berichten, bei dem ich mit grosser Sicherheit eine falsche Diagnose gestellt und sie — zum Glück dann selbst — corrigirt habe.

Ein 28jähr. Mann wurde vor einem Jahre wegen eines chron. Hautausschlages von seinem Arzte an mich gewiesen. Seit $^3/_4$ Jahren wurde der Pat. den Sie seiner Hünengestalt wegen wahrscheinlich Alle von der Strasse her kennen, immer wieder von Schüben desselben Exanthems heimgesucht. Diese Schübe hatten gewöhnlich von den Händen oder Vorderarmen ihren Anfang genommen, waren anfangs wenig verbreitet gewesen, aber mit jedem neuen Anfall scheint die Zahl der Effloreszenzen und Ausbruchstellen zugenommen zu haben, bis schliesslich der ganze Körper, freilich mit vielen freien oder wieder freien Stellen dazwischen ergriffen war. So auch die Lippen und manchmal die Zunge. Anfangs immer starkes Jucken, später mehr Brennen und Spannungsgefühl. Während der erste Anfall und wohl auch spätere — der junge Mann ist ziemlich sorglos gewesen über die Einzelnheiten des Verlaufs, der ihn gar nicht so interessirte wie mich — fieber-

los verlaufen zu sein scheinen, traten die späteren mit Schüttelfrost, Uebelkeit und ein- bis mehrtägigem Fieber auf. Ich fand den Patienten schon wieder ganz wohl, es waren mehrere Tage seit der letzten Eruption vergangen, aber das Exanthem und seine Folgen waren sehr erheblich. An einer Reihe von Stellen waren grosse Bullae vorhanden, an anderen hellrothe oder dunkelrothe, an noch anderen pigmentirte, braune oder schiefergraue Flecken, zu vielen Hunderten im Ganzen. Zumal im Gesicht war die Entstellung arg, wo sich alle diese Formen verbunden fanden, besonders auch an den Lippen.

Wenn die Diagnose des chronischen Pemphigus vulgaris benignus keine Mühe machen konnte, so war die Therapie doch sehr zweifelhaft. Wir sind bis auf die seltenen Fälle, in denen der Arsenik günstig wirkt, gegen Pemphigus ziemlich machtlos. Die baumstarke Körperlichkeit des Patienten und die vielen Schmisse im Gesicht legten die Frage nach öfteren Trinkgelagen nahe, und er erzählte ohne Zaudern, dass er für gewöhnlich sehr mässig, bei Festen mit seinen Corpsbrüdern tüchtig trinke, Beliebiges vertrage, aber am nächsten Tage doch durch etwas Kopfschmerz und mässiges Unbehagen daran erinnert werde. Und an solchen Tagen seien nun auch Eruptionen seit dem Ende v. J. gewöhnlich aufgetreten. Kleine Gichtanfälle, zu denen er hereditär disponirt scheine, seien seitdem fortgeblieben.

Die nun eingeschlagene Therapie wirkte anscheinend Wunder. Ich verbot schon mit Rücksicht auf das vorhandene kolossale Exanthem, zumal die vielen Blasen, und natürlich auch zur Verhütung neuer Schübe, körperliche Strapazen, schrieb eine sehr eingeschränkte Diät vor, Carlsbader Salz u. s. w. Alle Blasen schwanden unter normaler Ueberhäutung, später alle Röthungen, nur dass sehr viele Pigmentirungen zurückblieben, deren Schwinden ja auch bald zu erwarten war. Ich sah den Patienten Monate lang nicht wieder, bis er eines schönen Tages mit einem tollen Schube sich wieder vorstellte. Zum ersten Male hatte er wieder an einem Gelage Theil genommen, am nächsten Tage sich in alter Weise unbehaglich gefühlt, Kopfschmerzen gehabt und am Abende desselben Tages unter Schüttelfrost das Exanthem entstehen gesehen. Das anfängliche Jucken war bald, das Fieber nach ca. 24 Stunden geschwunden. Ich sah den Patienten etwa 36 Stunden nach dem Beginne des Hautleidens. Ausser vielen alten Pigmentflecken besonders der Lippen, auch der Gesichtshaut, fanden sich besonders zahlreich an Beinen und Kreuzgegend, hier auch confluirend, aber auch an allen übrigen Körpertheilen mehr isolirt, unzählige rothe Flecken, alle etwa von der Grösse eines Grau-Erbsen-Durchschnitts; z. Th. hochroth, z. Th. mit darauf sich erhebenden Blasen rein serösen oder auch trüberen Inhalts, z. Th. schon abblassend. Dabei kein Fieber mehr, Wohlbefinden.

Dieses gleichzeitige Aufschiessen unzähliger Flecken, die theilweise Rückgängigkeit nach wenigen Stunden ohne Blasenbildung, das gute Befinden sprachen doch gegen Pemphigus. Und als ich den Patienten fragte, ob er nicht am Tage der Eruption statt des in meiner Jugend üblichen

sauern Härings ein Medicament genommen habe, sagte er: Ja, 2 Gramm Antipyrin. Und nun konnte er sofort 4 Schube seines pemphigoiden Leidens auf dasselbe Medicament zurückführen. Morgens 1 bis 2 Gramm Antipyrin, nach ca. 6 Stunden Schüttelfrost, Erbrechen, Fieber und Beginn der Eruption. Wenn das anfangs sehr starke Jucken, das Fieber, das schlechte Befinden nach wenigen Tagen verschwunden waren, scheinen auch neue Flecken nicht mehr aufgetreten zu sein, während die alten zum Theil zurückgingen, vielfach unter Hinterlassung von Pigmentflecken — mit denen der Körper übersäet ist, — z. Th. sich mit länger persistirenden Blasen bedeckten. Es ist dem Patienten höchst wahrscheinlich, und mir zweifellos, dass die Schübe nur nach Antipyringenuss auftraten. Er glaubt sich zu erinnern, dass einmal nach der Einnahme des Medicaments kein Ausschlag eintrat, glaubt aber damals nur $^1/_2$ Gramm genommen zu haben.

M. H., erlauben Sie mir nur noch eine kurze Epikrise. Ich denke, Sie werden nach dem Vorgetragenen auch nicht daran zweifeln, dass es sich hier um ein toxisches Exanthem an einem sonst gesunden Manne handelte, wenn ich gleich hinzufüge, dass ich bei der Untersuchung an ihm nichts Krankhaftes ausser den Veränderungen an der Haut finden konnte, dass speciell der Urin frei war von abnormen Bestandtheilen, dass früher ausser acuten Exanthemen nie Hautausschläge vorgekommen waren. Aber bei der jedesmaligen Ursache des Antipyringebrauchs konnte man daran denken, ob die Schädlichkeit, die Noxe, das im Blute kreisende Irritans vielleicht im Alkohol zu suchen sei. Nun, über solche Zweifel konnte mich der Pat., der mit seinen anamnestischen Angaben sonst sehr vorsichtig war, weil er eingestehen musste, sich wenig beachtet zu haben, sofort beruhigen. Er wusste genau, dass nach so manchen Trinkgelagen keine Eruption gefolgt war. — Eine zufällige Verunreinigung des Antipyrins konnte auch nicht angeschuldigt werden, da die Drogue theils hier, theils in Berlin, theils in einem Orte in Westphalen entnommen war. Kurz, der maculo-bullöse Ausschlag war ein reines Antipyrin-Exanthem, das sich von den vielen bekannten, doch wohl durch seine Intensität, vor Allem durch das Zurückbleiben der vielen Pigmentflecke, die im Gesicht, zumal an den Lippen entstellend und verdachterregend waren, unterschied.

Aber ich möchte doch noch einmal auf den acuten Alkoholverbrauch oder im Sinne der Temperenzler Alkoholmissbrauch

zurückkommen, nicht für den eben mitgetheilten Krankheitsfall sondern mit der allgemeineren Frage, ob nicht auch dagegen eine sich in Hautveränderungen aussprechende Idionsynkrasie beobachtet sei. Vereinzelt bei einem Individuum danach auftretende Urticaria, die ich öfter gesehen habe, will ich nicht hierher rechnen, da wirkte als bekannte Schädlichkeit eine acute Magenstörung. Es müsste doch eine öfter erprobte Disposition festgestellt sein, um den Alkohol direct anschuldigen zu können, wie wir das für Krebse, Hummern und so viele andere, von den meisten Menschen gut vertragene Speisen thun können. Und da kann ich eine Beobachtung mittheilen, die leider sehr unvollständig ist, weil der Patient, den mir College S. zugeschickt hatte, weder mehr zu ihm noch zu mir nach einmaliger Vorstellung gekommen ist.

Der kräftige, 37 Jahre alte Mann, der nach eigenem Geständniss zeitweise stark trank, wurde seit etwa 8 Monaten — ich sah ihn Mitte September 1891 — alle 4—6 Wochen von acutem umschriebenem Oedem einer Körperstelle befallen. Dieses Mal war es das ziemlich gleichmässig ödematöse Gesicht, andere Male war es ein Bein, die Unterbauchgegend oder andere Stellen gewesen. Immer hatte sich bei gutbleibendem Allgemeinbefinden das Oedem schnell ausgebildet, hatte nach 12 Stunden die Acme erreicht, in der es 24 Stunden verharrte, war dann in 1—2 Tagen vollständig geschwunden. Während dieser Anfälle soll der Urin roth und trübe gewesen sein, was ich nicht mehr feststellen konnte; der jetzt entleerte war von normalem Aussehen und ohne krankhafte Beimischung. Auf Befragen konnte Patient sicher angeben, dass die Schwellung immer etwa 2 Tage nach einer tüchtigen Kneiperei aufgetreten war.

Das ist leider Alles, was ich über den Kranken, den ich nicht wieder gesehen habe, berichten kann. Mir ist der Causalnexus zwischen starkem acuten Alkoholgenuss und acutem umschriebenem Oedem durchaus glaublich; ich zweifle, ob er so selten ist, ob nicht manche von den chronisch ödematösen Gesichtern unserer Säufer daher ihren Ursprung genommen haben. Aber ich hätte den Fall gar nicht angeführt, wenn nicht Max Joseph auf dem Dermatologen-Congress in Prag 1889 uns einen ähnlichen, den er längere Zeit beobachten konnte, erzählt hätte.

Auch da handelte es sich um einen 37 Jahre alten Mann, der seit 4 Jahren daumenglied- bis faustgrosse Anschwellungen an den verschiedensten Körperstellen, besonders oft aber im Gesicht, bekam. Sie kamen ziemlich plötzlich und verschwanden nach verschieden langer Zeit, mit-

unter schon nach einer, oft nach 24 Stunden. Bemerkenswerth war die einmal beobachtete halbseitige Anschwellung an der Zunge, die mehrere Stunden lang bestand; ein mehrfach eingetretenes beängstigendes Gefühl im Halse des Patienten, als ob er ersticken sollte, das immer einige Stunden hindurch anhielt, war vielleicht auch auf eine Riesenquaddel zurückzuführen. Der Einfluss des Alkoholgenusses auf das Auftreten der Oedeme war sicher erprobt. Schränkte der Patient, der eingeständlich sehr viel Schnaps genoss, das Trinken ein, so wurden die Oedeme seltener und geringer. Nach Fortlassung des Schnapses vergingen Monate, ohne dass neue Schwellungen auftraten. Excedirte Patient wieder einmal, so rächte sich dies durch das Auftreten der Oedeme, die sich 24—48 Stunden nachher einstellten.

Ich kehre zu den medicamentösen Exanthemen zurück, zunächst zu den Antipyrinfolgen. Jeder von Ihnen hat Ausschläge der Art gesehen oder viel darüber gelesen. Ich werde mich kurz fassen und drei Fälle erwähnen, die ich schnell nacheinander vor etwa einem Jahre gesehen habe, zwei durch Zusendung von Collegen, einen in eigener Praxis. Alle drei waren in gleicher Weise erwähnenswerth, weil sie dieselbe Localisation hatten und gerade dadurch den Verdacht auf Syphilis rege machten. So waren mir zwei der genannten Kranken als syphilis-verdächtig zugesandt worden, der eine nach nutzloser intensiver Mercurialcur. Ich will nur einen Fall beschreiben, da ihm die anderen auf das Haar ähneln: An dem 30 Jahre alten, sonst gesunden Manne war seit einem Vierteljahre ca. alle 3 Wochen ein Blasenausschlag auf der Zunge, am Scrotum, am Anus, diesmal auch an der Unterlippe, unter schnell schwindendem Fieber, mit leichten gastrischen Störungen verbunden, aufgetreten. Unter Höllensteinpinselungen war immer in ca. 8 Tagen narbenlose Verheilung eingetreten. Auf meine Frage, ob er nicht vor dem Ausbruche Antipyrin oder ein ähnliches Mittel genommen habe, konnte der Patient sofort nachrechnen, dass er jedes Mal vorher wegen Hemicranie 1—2 Gramm Antipyrin genommen hatte, dieses Mal wenige Stunden vor dem Auftreten des Ausschlages; sonst, soweit er wisse, fast zwei Tage vorher. Eine solche verspätete Eruption ist jedenfalls sehr selten, aber nicht vereinzelt. Ich erinnere nur an die Oedeme nach Alkohol, an das hier und da beschriebene Auftreten von Jod- und Mercurexanthemen mehrere Tage nach Aussetzen des Medicaments, und bei Digitalisgebrauch

angeblich sogar 4—5 Tage später. Freilich hatte in allen diesen Fällen eine Art Cumulation stattgefunden. — Die andere Angabe des Patienten, dass er früher schon oft dieselbe Dosis Antipyrin ungestraft genommen habe und erst seit 12 Wochen die Ausschläge aufgetreten seien, hat Analoga genug. Immerhin ist diese plötzlich eintretende Idionsynkrasie nach langer Verträglichkeit auffallend. Sie liesse einmal an Verunreinigungen des Präparats denken, wobei freilich das neue Räthsel entstände, welcher Art denn dieses Irritans sei. Für den zu Anfang ausführlichst beschriebenen Patienten, der allerdings vor dem Beginn seines Hautleidens nie Antipyrin genommen hatte, konnte ich angeben, dass er das Mittel den verschiedensten Apotheken entnommen hatte, immer mit demselben Erfolge, wenn nur die Dosis gross genug war. Man muss ferner fragen, ob vielleicht in dem Körper des Patienten — zumal eines solchen, der früher das Mittel gut vertragen hat — Krankheitszustände vorhanden sind, die irgendwie erklärend wirken könnten, vor Allem Aenderungen in der früher normalen Nierensecretion. Für die von mir angeführten Patienten ist nichts derartiges eruirt; es bleibt bei dem dunklen Begriff der Idionsynkrasie. Und die wird nicht klarer durch die Beobachtung, dass bei manchem Patienten diese Reaction des Organismus sich abschwächt oder auch plötzlich erlischt. Den merkwürdigsten Fall der Art, den ich erlebt habe, habe ich Ihnen früher mitgetheilt: den einer jungen syphilitischen Frau, die nach erster Injection von salicylsaurem Quecksilber ein universelles Erythem bekam; nach späteren schwächere, dann gar keines mehr. Als sie 2 Jahre später ein Decigramm Hydrarg. tannicum einnahm, sofortiger Ausbruch scarlatiniformen Erythems über die ganze Haut; bei Wiederholung der Dosis 10 Tage später, bei Steigerung der Dosis und Einnahme durch viele Tage gar kein Ausschlag mehr. (S. Verhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft, 2. und 3. Congress. Leipzig 1892. p. 371.) — Ich erinnere Sie ferner an die Ausschläge nach Tuberkulin-Injectionen, an die häufige Gewöhnung des Organismus an Jodkaligebrauch. Beim internationalen Congress in Berlin 1890 berichtete Petersen, dass er nach Injectionen von unlöslichen Quecksilbersalzen, sowohl Calomel als Hydr. oxydatum flavum und Hydrarg. salicyl.

der ersten Injection ein universalles Exanthem folgen sah, das zweite Mal nur ein Erythem um die Injectionsstelle, später gar keines mehr. Aber auf solche Gewöhnung oder Abschwächung darf man nie rechnen. Schon die Fälle, die ich selbst nach Antipyrin beobachtet und vorher mitgetheilt habe, zeigen die ungeschwächte Fortdauer der Reaction während der Beobachtungszeit, der erste Fall sogar eine erhebliche Verschlimmerung in späteren Anfällen.

M. H., ich muss schon noch einmal die eigenthümliche Localisation betonen, die ich bei drei Kranken nach Antipyringebrauch gesehen habe: Das Auftreten von Flecken, Blasen, Erosionen allein an der Mundhöhlenschleimhaut und an der Haut der Genitalien. In den beiden bekannten Fällen von Dontrelepont und Veiel waren ausser diesen Stellen noch viele andere ergriffen. Aber es sind seither noch einige andere Beobachtungen mitgetheilt, in denen auch nur die Mundhöhle oder nur die Genitalien oder beide zugleich erkrankt waren. (Moeller, Therapeutische Monatshefte 1892, p. 581, Short Therap. Monatshefte 1892, p. 497; Freudenberg Centralblatt für Klinische Medicin. 1893 Nr. 5.) Ich habe in letzter Zeit wieder mehrere Antipyrinexantheme gesehen, aber weder in Ort noch Form den oben geschilderten analog. Wenn andere Beobachter noch eine Probe auf das Exempel machten, indem sie durch neue Antipyrindarreichungen den prompt sich einstellenden Ausbruch hervorriefen, so hatte ich in allen angegebenen Fällen nach der ganz sicheren Anamnese gar keine Veranlassung dazu. Aber in einem anderen, ähnlichen Falle, der eine junge Frau meiner Praxis betraf, wünschte ich sehr durch solche Prüfung meine Zweifel zu beseitigen. Die 35 Jahre alte, etwas nervöse, sonst gesunde Frau nahm seit Jahren, wenn sie sich besonders schwach und erregt zugleich fühlte, zumal wenn die Beschwerden in einer Art von intermittirendem Typus auftraten, kleine Dosen Chinin. Im October 1891 und im Februar 1892 traten nach kleinen Gaben von salzsaurem Chinin Flecke und Blasen innerhalb der Mundhöhle, auf den Lippen, an der Innenseite der Nymphen auf. Das erste Mal konnte ich mir keinen Vers daraus machen. Aber inzwischen belehrt durch meine Erfahrungen über das Antipyrinexanthem an denselben Stellen zweifelte ich bei dem

zweiten Ausbruche gar nicht, dass es sich hier um einen analogen Chininausschlag handelte, zumal auch hier nach dem Fortlassen des Mittels in wenigen Tagen die Eruption aufhörte, die Blasen und Erosionen ganz oberflächlich sassen und schnell verheilten. Mir war nun natürlich an der sicheren Feststellung des Causalnexus viel gelegen, aber die Dame, der ich unvorsichtiger Weise meine Diagnose und meine Absicht experimenteller Prüfung offen mitgetheilt hatte, lehnte dankend ab. — Vor einigen Monaten nun, als wieder allabendlich ziemlich um dieselbe Stunde nervöses Herzklopfen, Praecordialangst, Fiebergefühl (ohne Temperaturerhöhung, ohne Milzschwellung) eintraten, bat die Kranke selbst um das in früheren Jahren so oft erprobte Chinin. Sie wolle lieber den von mir vorhergesagten Blasenausschlag als länger ihre nervösen Beschwerden erdulden. Ich ging natürlich gern darauf ein; dreimal täglich sollten 0,15 Chininum hydrochloratum in Pillen genommen werden. Vier Stunden nach Einnahme der ersten Dosis traten auf Zungen- und Lippenschleimhaut umschriebene rothe Flecken auf, die sich innerhalb 12 Stunden zu Blasen fortbildeten. Unter dem von der Patientin gewünschten Fortgebrauch der Pillen — im Ganzen wurden in 3 Tagen 1,35 Gramm des Chininsalzes genommen — kam es zur Bildung von 2 schnell platzenden Blasen der Zunge, von 4 auf der Innenseite der Lippen, zuletzt von 2 auf der Innenseite des rechten labinum minus. Alle waren oberflächlich, heilten nach Aussetzen des Mittels schnell bis auf die grösste fast kirschgrosse Blase der Innenseite der Oberlippe, die unter örtlicher Behandlung doch fast 8 Tage zur Verheilung brauchte. Die nervösen Beschwerden waren bis dahin längst geschwunden, wären ohne Chinin vielleicht auch geschwunden.

Dass das Chinin hier ein ganz anderes Exanthem hervorgerufen hat, als es sonst bei Idionsynkrasie dagegen zu thun pflegt, ist nichts Unerhörtes. Hat doch schon 1881 Auspitz 4 Exanthemformen, die nach Chinin beobachtet waren, zusammenstellen können: scharlachartiges Erythem, Papelerytheme wie bei Masern, Haemorrhagien und Purpura, endlich Quaddeln und Oedeme. Natürlich wird durch solche Polymorphie die Diagnose erschwert. Wenn aber ein Kranker regelmässig nach

Einnahme eines Medicaments denselben Ausschlag bekommt, der nach Aussetzen verschwindet, bei Wiederaufnahme wieder eintritt, so muss der Arzt sehr eingenommen sein gegen die Möglichkeit von ungewöhnlichen Arzneiausschlägen, wenn er auf der Medication besteht. Eine 26jährige Dame, der ihr Arzt mit gutem Grunde — gegen asthmatische Beschwerden — Jodkali verordnet hatte, bekam in den 3 Jahren, da sie es zeitweise einnahm, jedesmal gleich nach Beginn der Cur einen Papelausschlag, der sich nach dem Aussetzen wieder zurückbildete. Als dann das Jodkali dauernd eingenommen werden sollte, trat ein Ekzem ein, das die Cur unterbrach und sofort und schlimmer sich bei Neueinnahme wieder einstellte. Da der College trotz Beschwerden und Bitten der Patientin auf dem Gebrauche des Jodkali bestand, das nach seiner Meinung ein Ekzem nie hervorrufen könne, so blieb nichts übrig, als ihn zu verabschieden, und ich ward wegen des fortbestehenden Ausschlags consultirt. Es lag nun in der That ein nicht gewöhnliches Arzneiexanthem vor, ein typisches nässendes Ekzem auf Gesicht und beiden Vorderarmen. Ich musste der Patientin, die Wochen brauchte, bis sie geheilt war, und zumal bis sie ungenirt ausgehen konnte, sagen, dass mir das Vorkommen dieses Ausschlages nach Jodkali unbekannt sei; aber ich habe später doch solche Fälle von Landrieux und Gémy beschrieben gefunden.

M. H., ich bin mit der Mittheilung eigener Beobachtungen, die ich erwähnenswerth fand, zu Ende. Ich brauche nicht breiter auseinander zu setzen, wie wichtig es sein kann, die richtige Diagnose eines Arzneiausschlages zu stellen und nicht ein Artefact als Scharlach, als Syphilid vielleicht gar mit einem Mittel zu behandeln, das weitere Verschlimmerungen herbeiführt. Hier möchte ich doch an einen sehr interessanten, aber anscheinend wenig bekannten Fall erinnern, der von Hallopeau in den Annales de Dermatologie 1888 beschrieben ist, in dem ein Syphilitischer bei jedesmaligem Gebrauche von Jodkali massenhafte Bullae auf Haut, Cornea, Conjunctiva und Zunge bekam, indem auf dem Grunde der geplatzten Bullae Vegetationen sich bildeten wie bei dem Pemphigus vegetans Neumann's, entstellende Narben zurückblieben, die auf einer Cornea zu totalem Leucom führten. Der Patient war Monate lang in zwei gut geleiteten Krankenhäusern

von Paris immer wieder mit Jodkalium, dem ein neuer Ausbruch von Bullae folgte, behandelt worden, bis Hallopeau dazu kam und den fatalen Causalnexus aufdeckte. Vorher hatten die Blasen immer als syphilitische imponirt, so auch Wochen lang Hallopeau. — Auch in den von mir beobachteten Fällen fanden sich lange anhaltende Irrthümer erfahrener und sorgsamer Aerzte. Da die Idionsynkrasie plötzlich erlöschen kann, wie in einem meiner Fälle, kann auch die experimentelle Prüfung, die gewiss das sicherste Mittel zur Beseitigung von Zweifeln bildet, versagen. Der Nachweis der Drogue in den Exkreten ist, abgesehen von seiner Schwierigkeit wohl in manchen Fällen, in denen kleinste Dosen krankmachend wirken, kaum möglich. Aber vor allen Dingen muss man doch auf der richtigen Fährte sein, muss man doch den Verdacht haben, dass ein vorliegender Ausschlag Folge eines Medicaments sein möchte. Gestatten Sie mir den naiven Rath, bei jedem acuten Ausschlag, bei dem Sie nicht eine ausschliessende Diagnose stellen können, an Arznei-Exanthem zu denken und nachzufragen. Und diese ausschliessende Diagnose kann auch einmal irrig sein, weil der anscheinend Scarlatinöse eine Diphtheritis hat mit einem nahezu universellen Chininerythem, der anscheinend an Morbillen Erkrankte eine Grippe, zu der nach Antipyrin ein weit verbreitetes, maculöses, leicht erhabenes Erythem hinzugetreten ist. Aber der Scarlatinöse, werden Sie sagen, hat im Gesicht inmitten glänzender Röthe ganz weisse Hautstellen um Nase und Mund, wie Bohn, Henoch u. A. hervorheben. Ja wohl, gewöhnlich, aber es gibt ausnahmsweise auch solche Erytheme nach Mercurgebrauch, wie ich eines auf dem Leipziger Congress der deutschen dermatolog. Gesellschaft (s. o.) beschrieben habe. Aber gerade in diesem Falle lehrten grosse infiltrirte Plaques an den Extremitäten, wie sie beim Beginn des Scharlachs gar nicht auftreten können, dass der hier nicht vorlag. Und so ist gewiss manches Mal aus Form, Localisation, Ausbreitung des Exanthems eine sichere Fährte zu gewinnen, von den gewiss sehr wichtigen, wenn auch nicht immer eindeutigen Begleiterscheinungen auf den Schleimhäuten zu geschweigen. Aber besonders betonen möchte ich die eigenartige Localisation, die ich dreimal nach Antipyrin, einmal nach Chinin sah: in Mundhöhle oder Lippen und Geni-

talien oder Anus. Vielleicht führt Sie das auch in dem einen oder anderen Falle auf die richtige Diagnose. Woher es kommt, dass diese Oertlichkeit bevorzugt wird, kann ich nicht sagen; ich erinnere nur daran, dass es dieselben Stellen sind, an denen Herpes facialis und progenitalis ihren Lieblingssitz haben, Affectionen, bei deren Entstehen die Nerven wohl die Hauptrolle spielen.

Vier Fälle von Hydroa vacciniforme, Bazin,

Summereruption, Jonathan Hutchinson.

Von

Dr. **C. Boeck,**

Director der Universitätsklinik für Hautkranke in Christiania.

Die von Bazin[1]) vor mehr wie dreissig Jahren beschriebene und von ihm als Hydroa vacciniforme bezeichnete Affection war bis vor Kurzem nicht nur eine „versäumte", sondern geradezu eine vergessene Krankheit. Erst nachdem Jonathan Hutchinson sie abermals vom Jahre 1888 an wiederholt als „Summereruption" beschrieben hat, ist die Aufmerksamkeit der Dermatologen auf diese, in manchen Beziehungen interessante Krankheit wieder gelenkt worden. Mittlerweile ist trotz den Publicationen von Hutchinson, Handford,[2]) Jamiesson,[3]) Berliner,[4]) Buri[5]) und Broes van Dort[6]) die Casuistik der Krankheit immerhin als eine ziemlich sparsame zu bezeichnen und weitere illustrirende Beiträge sind gewiss sehr wünschenswerth. Dies um so mehr, als die Krankheit, obschon im Ganzen eine sehr typische, doch, nachdem sie mehr

---

[1]) Bazin. Leçons sur les affections génériques de la peau, p. 132. Paris 1862. — Bazin. Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse. 2 edit. Paris 1868, p. 261—63 u. 460—61.

[2]) Illustrated med. News. Oct. 1889.

[3]) Lancet. 18. Aug. 1889.

[4]) Monatsh. f. prakt. Dermatologie. Bd. II (1890) p. 449 u. 480.

[5]) Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XIII, p. 181.

[6]) Monatsh. f. prakt. Dermat. März 1892.

oder weniger intensiv, mehr oder weniger verbreitet auftritt, ziemlich variable Bilder darbieten kann. Dass sie auch, obschon sie in den meisten Fällen mehr als eine lästige wie eine gegefährliche Krankheit bezeichnet werden muss, mitunter ernst genug werden kann, bewiesen zur Genüge einige der von Hutchinson bei dem Berliner Congresse und namentlich bei dem Wiener dermatologischen Congresse demonstrirten Tafeln.

Ich theile also hier vier einschlägige Fälle mit, von welchen namentlich die drei ersten typische Beispiele der Krankheit darstellen.

I. Fall: E. N., 9jähriger Knabe, stellte sich am 18. Juni 1891 vor. Die Mutter erzählte sofort unaufgefordert, dass die Krankheit jetzt drei Sommer nach einander aufgetreten war. Die Krankheit kommt jetzt symmetrisch auf den beiden Wangen, spurweise auf der Stirn, vor allem aber auf der Ränder- und der Vorderfläche der beiden Ohren vor. Sie äussert sich durch tiefsitzende Vesikel und kleine Bullae von Nadelspitz- bis mehr wie Erbsengrösse. Besonders auf den Rändern der beiden Ohren sind sie gross und tiefgreifend, und zeigen hier ausserdem theilweise kleine Hämorrhagien in der Tiefe. Die Ohren sind wegen dieser Blasen so empfindlich, dass er Nachts nicht auf der Seite liegen kann. Auf den Wangen sind die Vesikel nur nadelspitz- bis nadelkopfgross. Auch auf dem rechten Handrücken sieht man seit vorgestern einzelne, kaum nadelkopfgrosse Vesikeln. An den hier erwähnten Hautpartien sieht man ausserdem zahlreiche, grössere und kleinere, zum Theil ziemlich tiefe Narben nach den früheren Eruptionen. Aus den verschiedenen Stadien, die an den jetzt vorhandenen Vesikeln und Blasen beobachtet werden können, geht hervor, dass die Efflorescenzen, wenn sie einige Tage gestanden haben, in der Mitte einsinken, um einen kleinen, braunen Schorf zu bilden, der nach und nach sich über die ganze frühere Bulla ausbreitet.

Bald sinkt dieser Schorf vollständig in das Niveau der angrenzenden Haut herab, bleibt aber ziemlich lange sitzen. Wenn er endlich ausfällt, lässt er eine dauernde Narbe hinter sich, die ziemlich tief sein kann. Diesmal fing der Ausbruch zuerst auf den Wangen an und hat jetzt einen Monat gedauert.

Als Behandlung wurden nur Waschungen zwei Mal täglich mit gleichen Theilen Carbol- und Bleiwasser mit nachfolgender Application von Puder verordnet.

Als ich 11 Tage später den Pat. wieder sah, war das Exanthem auf den Wangen vollständig abgelaufen und hatte schwach vertiefte, überhäutete Narben zurückgelassen. Auf den Ohren fanden sich noch eine ganze Menge Krusten vor, die mit Thiolwasser 1 : 5 bepinselt wurden. Seitdem habe ich vom Pat. nichts erfahren.

Dieser erste Fall hatte sich also im 7. Lebensjahre zuerst geäussert. Es war ein ausgeprägter, aber nicht sehr heftiger Fall. Der folgende war schon etwas ernster.

II. Fall: E. R., 3½ Jahre alter Knabe, stellte sich am 26. April 1892 vor. Der Vater berichtete, dass der erste Ausbruch der Krankheit sich eingefunden hatte, als der Patient vor zwei Jahren, also damals nur 1½ Jahre alt, im Frühjahre zum ersten Male in die freie Luft gebracht wurde. Es brach dann auf der Nase und den beiden Wangen wie auch über den Streckseiten der beiden Vorderarme mit den Handrücken eine Eruption von Papeln und Vesikeln hervor, die zu Schorfen eintrockneten, und als diese herausfielen, Narben hinterliessen. Die Krankheit kam auch voriges Frühjahr und vorigen Sommer wieder und ist auch dieses Jahr vom selben Tage, als das Kind im Frühjahre in die Luft gebracht wurde, wiedergekommen. Nach der bestimmten Aussage des Vaters finden die Ausbrüche sich ganz besonders ein, wenn der Pat. der directen Einwirkung der Sonnenstrahlen ausgesetzt wird. Die Krankheit ist jetzt auf der Nase, den Wangen, den Ohren und den beiden Handrücken vorhanden. Auf der Nase sieht man mehrere, mehr wie erbsengrosse, gespannte, weissliche, ödematöse, durchschimmernde papulöse Elevationen. In der Mitte dieser Efflorescenzen sieht man violette Punkte, erweiterte Gefässe und kleine Hämorrhagien aus der Tiefe hindurchschimmern, ganz wie man es in einigen Fällen von Acne frontalis und necrotica beobachten kann.

Eine ähnliche, hanfkorngrosse, ödematöse, wachsähnliche Papel mit violett durchschimmernden Gefässen und Hämorrhagien sieht man auch am rechten Ohrläppchen. Zahlreiche weissliche, besonders im Gesichte entstellende Narben von früheren Eruptionen herstammend, finden sich im Gesichte, an den Streckseiten der Vorderarme, besonders gegen die Radialseite hin und auf den beiden Handrücken vor.

Als Behandlung wurden Waschungen mit Carbol-Bleiwasser und ausserdem während der Nacht folgende Bleiwasserpaste verordnet:

Rp. Subnitrat. bismuthici, Amyli āā 10·00, Glycerini 8·00, Aquae saturninae q. s. ut fiat pasta mollis.

Zwei Tage später, am 28. April, ist weiter notirt: Die vorgestern auf der Nase beobachteten grossen Bullae oder durchschimmernden Papeln sind heute in der Mitte eingesunken und es haben sich hier zum Theil mehr violette, zum Theil bräunliche Schorfe gebildet. Um diese Schorfe herum sieht man noch einen erhabenen, weisslich gelben Limbus, der eine jetzt etwas gelbliche, aber nicht purulente Flüssigkeit enthält. Auf den beiden Wangen sieht man heute einige noch grössere, beinahe bohnengrosse, etwas unregelmässig contourirte aber scharf begrenzte, erhabene, serös infiltrirte, weissliche Plaques, die fest und hart anzufühlen und von einem rothen Halo umgeben sind. Auch auf den Handrücken zeigen einige Efflorescenzen einen kleinen, eingesunkenen, braunen Punkt in der Mitte. Einige neue hanfkorngrosse Papeln oder Vesikeln sind heute

auf dem Rande der rechten Concha zum Vorschein gekommen. Nach Punktion derselben sickert ein Tropfen klares Serum, ganz wie bei einer Vaccinepustel heraus.

30. April: Der grosse Plaque auf der rechten Wange hat sich in der Peripherie erweitert, indem sich hier ein neuer Blasenwall um den alten Plaque gebildet hat. Die Nasenspitze ist jetzt ganz von dicken, bräunlichen, trockenen Schorfen gedeckt. Auf den Handrücken sieht man fortwährend einige hanfkorngrosse Papeln mit einem bräunlichen, eingesunkenen Punkte in der Mitte. Die vor vier Tagen ganz neue Vesikel am rechten Ohrläppchen ist jetzt schon zu einem bräunlichen Schorfe eingetrocknet, der fortwährend doch etwas über das Niveau der Haut emporragt; die Mitte dieses Schorfes, wo früher kleine hämorrhagische Punkte sichtbar waren, ist mehr röthlich-braun, die Ränder gelbbraun. Auf den Rändern der beiden Ohren sieht man eine ganze Menge kleiner, bräunlicher, trockener Schorfe.

9. Mai: Beinahe alle Schorfen sind jetzt ausgefallen und haben grösseren oder kleineren Substanzverlust der Haut zurückgelassen; nur auf den beiden Wangen sind noch die grossen, braunen Schorfe nach den oben erwähnten bohnengrossen Plaques oder Bullae übrig.

14. Mai: Seit vorgestern wieder neue Ausbrüche von klaren, aber festen, harten Blasen auf der Nase, den Wangen und den Streckseiten der Vorderarme. In einer bohnengrossen Blase auf der Nase sieht man auch diesmal Hämorrhagien in der Tiefe.

Am 16. Mai sah ich zum letzten Male den Pat. Die Blasen und Vesikel waren jetzt sämmtlich in braune Schorfe umgewandelt. Auf den Vorderarmen sind doch die Schorfe durchgehends sehr klein, indem sie nur die Mitte der kleinen Papeln decken, was dem Bild grosse Aehnlichkeit mit der Schorfbildung einer Acne necrotica gibt. Einige Zeit nachher hörte ich vom Pat., dass er wenigstens vorläufig etwas besser war.

Dieser Fall war also, wie gesagt, schon etwas ernsterer Natur. Schon im Alter von 1½ Jahren entstanden, hatte die Krankheit ziemlich grosse und tiefe, entstellende Narben namentlich auf der Nase hervorgebracht, welche letztere sogar in ihrer Form dabei etwas verunstaltet erschien. Auch die jetzigen Ausbrüche traten ja, wie man gesehen, mit bohnengrossen Plaques und Blasen auf. Es ist wohl auch sehr zu befürchten, dass die Krankheit in diesem Falle nicht ihr letztes Wort gesprochen hat.

Der folgende, ebenfalls ganz typische Fall, kam in der Poliklinik vor. Die dort gemachten Notizen sind ganz kurz, aber doch hinreichend, um die Natur der Krankheit zu zeigen.

III. Fall. O. O., 12jähriger Knabe, stellte sich am 7. Juni 1893 in der Poliklinik vor. Die Mutter berichtete, dass Pat. schon den vierten

Sommer an seiner Krankheit litt. Der Nasenrücken, die Wangen, zum Theil das Kinn waren mit zahlreichen nadelkopf- bis bohnengrossen, zum Theil ziemlich tiefen Narben bedeckt. Pat. sah beinahe aus, als hätte er an Pocken gelitten. Von neuen Efflorescenzen sah man jetzt nur einzelne hanfkorngrosse Blasen vor den Ohren und eine ähnliche Vesikel hinter dem rechten Ohre. Es waren ausserdem einige schon eingetrocknete, bräunliche Schorfe den Rändern der Conchae aurium entlang zu beobachten.

Am 16. Juni fanden sich fortwährend mehr wie erbsengrosse Schorfe an den Ohren und ein brauner Schorf auf der Nasenspitze vor. Später sah ich den Pat. nicht mehr.

Während die drei ersten Fälle typische Beispiele der Krankheit darstellen, ist dies nicht im selben Grade mit der folgenden Krankengeschichte der Fall. Eben dieser Umstand verleiht doch vielleicht diesem Falle ein besonderes Interesse. Erstens ist die Krankheit hier nicht, wie gewöhnlich, im kindlichen, sondern im reiferen Alter entstanden, ebensowenig wie sie in der kalten Jahreszeit wieder vollständig schwand. Auch die Symptome sind in einzelnen Beziehungen nicht so charakteristisch, indem es namentlich nicht zu einer so deutlichen Nekrose und zu Substanzverlust der Haut kam. Mittlerweile fanden sich doch auch hier die Eruptionen ganz besonders im Frühjahre ein und wurden speciell beim Aufenthalte in der freien Luft hervorgerufen, ja sogar nach einem ganz kurzen Spaziergang.

Vorläufig wenigstens wird gewiss auch dieser Fall hieher zu rechnen sein.

IV. Fall. Fräulein C. P., 27 Jahre alt, stellte sich am 5. Mai 1892 vor. Sie berichtet, dass sie voriges Frühjahr zum ersten Male eine Eruption von hanfkorn- bis erbsengrossen, klaren, durchsichtigen Blasen auf dem Kinn hatte. Kurz nachher brach die Krankheit auch auf und um die Ohren, auf den Extremitäten und zum Theile auch auf dem Stamme hervor. Auf den unteren Extremitäten trat die Krankheit besonders an den beiden Malleoli interni auf, auf den oberen Extremitäten speciell um den Ellenbogen herum und von hier sich sowohl über die Beuge- wie die Streckseite der Vorderarme verbreitend. Die Hände sind meistens ganz frei gewesen. Die Blasen trockneten im Laufe von 3 bis 4 Tagen ein und es bildeten sich Schorfe von gelbbrauner Farbe, welche ziemlich schnell herausfielen und kaum sichtbare, etwas röthliche Stellen hinter sich liessen. Auch auf den Schultern, über die Akromialregionen wie über dem oberen Theile der Brust und des Rückens kam der Ausschlag, obschon sparsamer, vor. Die Krankheit ist seit ihrem ersten Auftreten nur während ganz kurzer Intervalle vollständig geschwunden gewesen, aber seit dem Monat April dieses Jahres ist sie wieder stärker hervorgetreten.

Stat. präsens. Die Krankheit kommt jetzt besonders auf dem ganzen Kinn und den angrenzenden Theilen des Gesichtes vor; sie äussert sich hier mit flach erhabenen Vesikeln und Bullae, die ziemlich fest anzufühlen sind. Die Efflorescenzen sind hanfkorn- bis bohnengross. Eine markirte Einsenkung in der Mitte derselben ist hier nicht zu beobachten. Zwischen den frischen Bläschen und Blasen sieht man einige impetiginöse, flache, gelbe Krusten. Auf dem Septum nasi findet sich auch eine erbsengrosse Blase, die geborsten ist und von welcher während der Beobachtung fortwährend ein klarer Tropfen niederträufelt. Auf der Beugefläche der Vorderarme sieht man einige hanfkorngrosse Vesikel, von welchen einzelne eine Andeutung von Hämorrhagie in der Mitte zeigen. Die Vesikel zeigen hier eine Neigung zur Gruppenbildung. Auf den unteren Extremitäten kommt die Krankheit um die beiden Mal. interni vor und ausserdem eine erbsengrosse Bulla hinter dem linken Mal. externus. Seit einigen Tagen haben sich auch Eruptionen in den Akromiolregionen wieder eingefunden. Diese Vesikeln scheinen doch einzutrocknen, ohne eine merkbare Nekrose der Haut zu veranlassen. Auch auf der Vorderfläche der Brust sieht man eine vereinzelte neue, hanfkorngrosse, harte, feste Vesikel. An den früher angegriffenen Hautpartien sieht man schwach pigmentirte Flecken, von welchen nur einzelne eine Andeutung von Substanzverlust in der Haut zeigen. Aehnliche Flecken finden sich ebenfalls auf der inneren Seite der Oberschenkel bei den Knien. Pat. spürt ein leichtes Jucken unmittelbar vor den Ausbrüchen und ein paar Tage nachher; sonst sind die Eruptionen nicht von Störungen des Befindens im Allgemeinen begleitet. Es wurde der Patientin angerathen, so wenig wie nur möglich während des Tages auszugehen.

8. Mai: Nach einem kurzen Spaziergang gestern Abend hat sie bedeutend stärkere Ausbrüche auf dem Kinn bekommen wie je früher. Man sieht jetzt hier eine ganze Menge neue, hanfkorn- bis erbsengrosse, ganz wasserklare, durchsichtige, stark emporragende Vesikeln und Bullae, von denen jedenfalls einige auf nicht hyperämischem Boden sitzen.

10. Mai. Die vor zwei Tagen auf dem Kinn entstandenen Blasen sind schon etwas eingesunken und der Inhalt derselben ist theilweise schon getrübt. Die vor 5 Tagen erwähnte Blase beim linken Mal. externus ist noch nicht eingetrocknet, nur etwas geschrumpft und gerunzelt und der Inhalt ist fortwährend klar, serös. Erst nach 9 Tagen hatte diese Bulla eine dünne, gelbliche Kruste gesetzt, welche nach 14 Tagen noch nicht abgefallen war. Am 25. war der Ausschlag beinahe überall geschwunden und am 3. Juni ist notirt, dass keine neue Ausbrüche sich eingestellt hatten und dass der Ausschlag von diesem Jahre nirgends deutliche Narben, nur einige pigmentirte Flecken hinter sich gelassen hatte. Aber am 11. Juni ist wieder notirt: Pat. ist einige Tage verreist gewesen, bekam aber noch während der Reise neue Ausbrüche von zum Theil sehr grossen, stark erhabenen Blasen auf dem Kinn. Später habe ich die Patientin nicht gesehen.

Ausser den schon oben erwähnten Momenten, durch welche dieser Fall sich von den am meisten typischen unterscheidet, kann noch erwähnt werden, dass es hier nicht während der Involution zu einer deutlichen Umbilication der Efflorescenzen kam. Dass die Krankheit auch auf den der directen Einwirkung der Sonnenstrahlen nicht ausgesetzten Hautpartien, z. B. auf dem Stamm, auftrat, verbietet dagegen keineswegs diesen Fall hieher zu rechnen; schon Bazin nämlich führt ausdrücklich an, dass diese Krankheit, wenn sie zuerst die unbedeckten Hautpartien angegriffen, sich auch über andere Theile des Körpers verbreiten kann, und dies ist auch zur Genüge durch die Fälle Hutchinson's, wo z. B. weit verbreitete Narben auf der Brust vorkamen, demonstrirt worden. Jedenfalls kann vor der Hand ein Fall wie der obige nicht mit irgend einer anderen Affection als eben mit der hier abgehandelten Krankheit in Verbindung gebracht werden.

Der recht interessante pathologische Process, um welchen es sich hier handelt, wird durch die drei ersten typischen Fälle wenigstens in seinen gröberen Zügen recht klar illustrirt. Es entsteht plötzlich in scharf begrenzten kleinen Hautpartien eine heftige seröse Exsudation, die ganz besonders die Oberhaut, aber auch einen Theil der unterliegenden Lederhaut infiltrirt. Das Resultat ist die Bildung von nadelkopf- bis zu bohnengrossen und noch grösseren blassen, weisslichen, halb durchschimmernden Papeln und papulösen Elevationen oder sogar sofort von Blasen, welche sämmtliche Efflorescenzen sehr hart und fest anzufühlen sind. Mitunter kommen auch zusammenhängende Plaques von weit grösserem Umfange vor. Dass auch die Lederhaut vom ersten Momente an im pathologischen Processe mit einbegriffen ist, geht aus den in der Tiefe der ganz frischen, durchschimmernden Efflorescencen sichtbaren violettrothen Pünktchen hervor, welche letztere nämlich gewiss ebensowohl hier wie in einigen Fällen von Acne frontalis s. necrotica zum Theil erweiterte Papillargefässe, zum Theil kleine Hämorrhagien bezeichnen. In der Regel schon nach ein paar Tagen fangen die Efflorescenzen an in der Mitte einzusinken und zu bräunlichen Schorfen einzutrocknen, die anfangs von einem erhabenen Limbus von der noch durchschimmernden Randzone

umfasst sind. Nachdem auch letztere eingetrocknet und in das Niveau der angrenzenden Haut herabgesunken ist, fängt nach einiger Zeit der ganze Schorf an sich abzulösen um schliesslich abzufallen, worauf ein mehr oder weniger tiefer Substanzverlust der Haut übrig bleibt. Der Process endet also auch hier mit trockener Gangrän der Haut ganz wie bei der Acne necrotica. Im Ganzen ist ja die Aehnlichkeit des pathologischen Processes bei diesen beiden Krankheiten eine auffallende.

Was aber der hier in Rede stehenden Krankheit ein ganz besonderes Interesse verleiht, ist die so deutliche und unverkennbare ätiologische Bedeutung der Einwirkung des Tageslichtes. Ob diese Einwirkung direct auf die Zellen der Haut oder durch Vermittlung der Hautnerven stattfindet, ist ja vielleicht vorläufig nicht mit Sicherheit zu entscheiden; aber der Umstand, dass nicht nur die Oberhaut, sondern zu gleicher Zeit auch die Lederhaut sofort reagirt, sogar mit starker Gefässerweiterung und Hämorrhagien, scheint ja für die unmittelbare Mitwirkung der Nerven zu sprechen. Jedenfalls ist es, wie Dr. Buri (l. c.) bemerkt, von grossem Interesse feststellen zu können, dass ein so heftiger pathologischer Process, der sogar zur Gangrän der Haut führt, durch ein Moment dieser Art zu Stande gebracht werden kann.

Uebrigens kennen wir ja schon vorher, selbst abgesehen von dem Erythema und Ekzema solare, auch andere Hautkrankheiten, die besonders im Sommer hervorzubrechen pflegen, z. B. die von Jonathan Hutchinson beschriebene, sehr lästige Sommerprurigo, von welcher Krankheit ich im vorigen Sommer einen sehr ausgesprochenen Fall bei einem Knaben behandelte. Auch der Lupus erythematosus, der überdies bezüglich der Localisation grosse Uebereinstimmung mit der hier abgehandelten Krankheit zeigt, tritt ja für gewöhnlich eben im Frühjahre und während des Sommers mit seinen schlimmsten Ausbrüchen auf.

Die Histologie der hier in Rede stehenden Krankheit ist noch nicht bearbeitet worden. Nur hat Dr. Buri durch Untersuchung der herausgefallenen Schorfe nachgewiesen, dass dieselben Blutgefässe enthielten.

Bei der Behandlung sollte es wohl versucht werden, die von Unna[1]) und Veiel[2]) gewonnene Erfahrung auszunützen, nämlich, dass man mittelst der Anwendung von curcumagefärbten und rothen Schleiern die Einwirkung der chemisch wirkenden, ultravioletten Strahlen des Sonnenlichtes theilweise auszuschalten vermag. Auch verdient gewiss die von Hammer[3]) zum selben Zwecke empfohlene wässerige Chininlösung und Chinin-Glycerinsalbe geprüft zu werden. Die von mir angewendete Behandlung mit Bleiwasser und Bleiwasserpasten schien übrigens auch nicht unwirksam zu sein.

---

[1]) Monatsh. f. prakt. Dermat. 1885, p. 286—94.

[2]) Vierteljahresschr. f. Dermatologie. 1887, p. 1113.

[3]) Dr. Hammer. Ueber den Einfluss des Lichtes auf die Haut. Stuttgart 1892.

Ueber Lichen scrofulosorum.

Von

Prof. Dr. **Łukasiewicz** in Innsbruck. [1])

(Hierzu Taf. I—III.)

Alle Knötcheneruptionen auf der Haut wurden seit Willan als Lichen bezeichnet. Da jedoch das Hautorgan bei sehr verschiedenen Erkrankungen diese Eruptionsform darbietet, so erschwerte eine derartige, sich bloss auf dieses einzige Symptom stützende Nomenclatur, die systematische Gruppirung vieler Dermatosen. Hebra hat, in seinem Bestreben Hautkrankheiten in ein System zu ordnen, für den Krankheitsbegriff Lichen postulirt, dass die Knötchenform einen constanten und wesentlichen Bestandtheil des Krankheitsprocesses ausmache und er bezeichnete nun mit diesem Namen zwei, von einander sehr verschiedene Hauterkrankungen, welche aber eben während ihres ganzen chronischen Verlaufes durch Knötchenbildung charakterisirt sind. Die eine von diesen Krankheiten nannte er Lichen ruber, die andere Lichen srcofulosorum. An dieser Eintheilung wurde auch seither von fast allen Dermatologen festgehalten. In der letzten Zeit haben die Franzosen (Vidal, Brocq und Jaquet) von neuem den Willan'schen Lichen simplex circumscriptus (das Eczema lichenoides der Wiener Schule) als eine besondere Lichenform aufgestellt. Vidal[2])

---

[1]) Diese Arbeit datirt zum grössten Theile noch aus der Wiener Dienstzeit des Autors an der Klinik Kaposi's.

[2]) Vortrag, gehalten am 6. September 1892 beim II. internationalen dermatologischen Congress in Wien.

hat sogar die Prurigo in die Lichengruppe eingereiht. Trotzdem erscheint uns die Hebra'sche Eintheilung nach den prävalirenden klinischen Symptomen als die einzig richtige. Dagegen halte ich die subjectiven Symptome insbesondere den Pruritus (von vielen Franzosen noch heute unrichtig Prurigo bezeichnet) und das durch Kratzen veranlasste Auftreten von Knötchen (Brocq's Lichenification) am wenigsten geeignet als Eintheilungsgrund herangezogen zu werden.

Der zuerst klinisch von Hebra, histologisch von Kaposi bearbeitete „Lichen scrofulosorum" ist erst in der letzten Zeit wieder einer neuen Erörterung unterzogen worden. Jakobi[1]) hat auf Grund seiner Untersuchungen den Process als eine Form der Hauttuberculose dargestellt. Bald darauf wurde auch in Frankreich, wo diese Affection trotz zweier französischer Publicationen (Lailler,[2]) Hardy,[3]) nicht allgemein gekannt war, anerkannt. Noch vor drei Jahren hatte ich selbst Gelegenheit, mich im Hôspital St. Louis zu überzeugen, dass unsere Dermatose dort nicht bekannt war. Brocq schrieb darüber in seinem „Traitement des Maladies de la peau" (890): „Il semble résulter de la discussion qui a eu lieu au Congrès de 1889 que le L. scrofulosorum doit être consideré comme une variété spéciale de folliculite pilosebacée." Dieselbe Ansicht sprachen auch Besnier und Doyon aus in den Commentirungen zu ihrer Uebersetzung des Kaposi'schen Lehrbuches der Hautkrankheiten (2. Aufl. T. 1, p. 626). Nun stellte im März 1892 Hallopeau in der Soc. fran. d. Dermatol. et d. Syphilogr.[4]) einen Fall von Lichen scofulosorum vor und hob dabei die tuberculöse Natur dieser Dermatose und ihr seltenes Vorkommen in St. Louis hervor. Etwas später demonstrirte Thibierge daselbst auch einen Fall von Lichen scr. (l. c. p. 704).

Aehnlich wie zuerst Jakobi und dann Hallopeau hat sich neulich Sack[5]) auf Grund eines von ihm in Wien be-

[1]) Verhandl. der deutschen dermat. Ges. Leipzig 1891. (3. Congress.)
[2]) La France Med. 1877, p. 513, 530.
[3]) Gaz. des Hop. 1877, p. 1161.
[4]) Ann. de Derm. et de syph. 1892, p. 284, 451.
[5]) Zur Anatomie und Pathogenie des Lichen scrofulosorum. Monatsh. für prakt. Derm. Bd. XVI, p. 437.

obachteten Falles für den tuberculösen Charakter dieses Leidens entschieden.

Von englischen und amerikanischen Autoren wurden mehrere Fälle dieser Affection beschrieben. (Tilbury Fox,[1]) Radcliff Crocker,[2]) Brouson,[3]) Bulkley,[4]) Shepherd,[5]) Gottheil,[6]) Josef Grindon.)[7]) In der letzten Zeit demonstrirte C. G. Currier einen Fall in der „New. York. Dermatological Society“ [8]) als Lichen scrofulosorum, Lustgarten hielt denselben für Syphilis.

Trotzdem diese Dermatose nun, wie ich schon Eingangs erwähnte, zu den klinisch genau durchgearbeiteten gehört, erscheinen mir dennoch meine diesbezüglichen Beobachtungen und Untersuchungen mittheilenswerth. Es veranlassen mich dazu sowohl die grosse Zahl der von mir (zumeist an der Wiener dermatologischen Klinik) beobachteten und histologisch untersuchten Fälle, als auch die Verschiedenheit meiner Ansichten von den, in der letzten Zeit über diese Affection geäusserten. Meine Beobachtungen erstrecken sich auf 43 Lichen scrofulosorum Kranke und zwar: 35 Männer und 8 Weiber. Sie boten durchwegs die charakteristischen von Hebra beschriebenen Erscheinungen dar, so dass für einen Fachmann die Diagnose keiner Schwierigkeit unterlag: Auf der meist trockenen Haut befanden sich nämlich mit stetiger hauptsächlicher Localisation am Stamme, lebhafte bis dunkelbraunrothe, schlappe, alsbald ein dünnes, fettiges Schüppchen oder ein winziges Pustelchen tragende hirsekorn- bis stecknadelkopfgrosse, meist in kreuzer- bis thalergrosse Haufen gestellte, einzeln auch discrete, oder in Kreislinien angeordnete Knötchen. Bei einzelnen occupirte die

---

[1]) Tilbury Fox. Trans. Lond. Clin. Soc. 1879, p. 190.

[2]) H. Radcliffe Crocker ibid. p. 195.

[3]) Bronson. „Case of Lichen Scroful.“ Arch. of Derm. 1882, p. 138.

[4]) Bulkley. „Analysis of 8000 cases of skin dis. C. Fall L. scr. ibid.

[5]) Shepherd. Canada Med. and Surg. Journ. 1880—1, p. 280.

[6]) Gottheil. Notes of a Case of Lichen scrofulosus. Journ. of Cut. and Vener. Discases. 1886, p. 133.

[7]) Grindon. A Case of Lichen Scrofulosorum. Journ. of Cut. and Gen. Urin. Dis. 1892, p. 163.

[8]) Ibid. p. 403.

Eruption auch die Extremitäten. Nebstdem fand sich auch häufig das schon von Hebra hervorgehobene eigenthümliche Ekzem der Regio pubica et inguinalis, nebst schlappen Pusteln hier und an den unteren Extremitäten (Acne cachecticorum).

Bei 21 von unseren Fällen fand sich die Affection nur am Stamme (Bauch, untere Brusthälfte, Rücken) bei 11 Fällen ausserdem an den Extremitäten, Streck- und auch Beugeseiten. Bei einer Frau dagegen nur die unteren Extremitäten mit Lichen scr. Efflorescenzen dicht besäet. In dem letzten Fall war die Diagnose recht schwer, es handelte sich um eine etwas anämische sonst ganz gesunde 21jährige Frau, die vier Wochen vor ihrer Spitalsaufnahme ein gesundes Kind geboren hatte. Der bis auf die Localisation typische L. scrof. hatte sich bei ihr in den letzten Schwangerschaftsmonaten entwickelt und schwand auf roborirende Behandlung (Ferr. oxalicum, innerlich). Die Efflorescenzen waren in 36 unserer Fälle theils zu Kreisen und Kreissegmenten gruppirt, bildeten aber meist kreuzer- bis thalergrosse Plaques. Ihre Zusammensetzung aus Knötchen war fast immer ersichtlich. In wenigen (7) unserer Fälle waren die Knötchen dicht gedrängt und gleichmässig über die ganze afficirte Hautpartie vertheilt, ohne eine besondere Anordnung zu zeigen. Die Dauer der Affection war von 10 Wochen bis zu einem Jahre. Bei der Rückbildung blassten die Efflorescenzen ab, wurden flacher und schuppten so stark, dass gewöhnlich eine allgemeine Desquamation entstand. Dann sahen wir die kleinsten und kurz bestehenden Lichen-Knötchen spurlos, die grösseren mit Hinterlassung seichter, dunkel pigmentirter Hautatrophien verschwinden. Am deutlichsten waren die letzteren nach Rückbildung der Plaques. Diese makroskopisch als narbenähnliche Grübchen wahrnehmbare Atrophien fanden auch im mikroskopischen Befunde ihre Erläuterung, wie dies weiter angeführt werden soll.

Obgleich erfahrungsgemäss auch schon bei einer einfach roborirenden Behandlung selbst die schwersten Fälle in mehreren (2—8) Wochen sich zurückbildeten machten wir doch auch behufs rascheren Effectes von localer Therapie Gebrauch. (Oleum jecor. aselli, Zinkpasta, Borsalbe, Ichthyol, Bäder.)

Bei zwei Kranken traten Recidiven 2 Monate nach ihrer Spitalsentlassung auf. Ein Kranker mit ausgedehntem Lupus vulgaris der Extremitäten bekam während drei Jahre 4 Recidiven von Lichen scr. am Stamme, ohne dass dabei eine Verschlimmerung des Lupus zu constatiren gewesen wäre. An der Innsbrucker Klinik hatte ich die Gelegenheit zwei Lupusfälle zu beobachten, die vor 1 Jahre an Lichen scroful. litten, dann aber trotz bedeutender Verschlimmerung des Lupus keine Recidive vom ersteren bekamen. Die Recidiven traten im allgemeinen bei ärmlichen Individuen auf, welche sich ausserhalb des Spitals in schlechten Lebensverhältnissen befanden. Die Frist zwischen dem Auftreten derselben betrug einen Monat bis zu einem Jahre.

Was das Alter der Kranken anbelangt, so hatten wir öfter Gelegenheit in der Ambulanz der Wiener dermatologischen Klinik auch Kinder von mehreren Monaten bis zu mehreren Jahren mit dieser Affection zu sehen. Sonst waren Fälle:

1	mit	7	Jahren	2	mit	20	Jahren
1	„	8	„	3	„	21	„
2	„	9	„	1	„	22	„
1	„	11	„	3	„	23	„
2	„	12	„	3	„	25	„
3	„	13	„	1	„	26	„
4	„	15	„	2	„	28	„
2	„	16	„	1	„	29	„
1	„	17	„	1	„	31	„
3	„	18	„	1	„	32	„
4	„	19	„	1	„	56	„

Von Complicationen fanden sich bei diesen Fällen vor: Bei 7 Individuen indolente Drüsenpackete (scrophulöse Lymphadenitis) meistentheils am Halse, Nacken und in der Achselhöhle. Bei 3 Individuen Scrophuloderma (exulcerirende, knotige aus dem subcutanen Gewebe auf die Haut übergreifende Infiltrationsherde), bei einem von diesen Caries der Fussknochen.

3 Kranke boten Conjunctivitis lymphatica, einer Narben nach derselben dar. 6 weitere litten an Lupus vulgaris (2 faciei, 4 extremitatum), 2 an kalten Abscessen. Ein sonst sehr kräftig

gebauter und gut genährter Kranker (Wiener Beobachtung) mit Lymphadenomata colli bot am Stamme eine Lich. scr. Eruption dar. (Aus dem Grunde wurde er vom Prof. Kaposi in der W. derm. Gesellsch. vorgestellt. Sitzgsb. v. 20. Mai 1891.) Nur einer unter unseren L. scr. Kranken ist an allgemeiner Tuberculose zu Grunde gegangen. Dies war ein 23 J. alter cachectischer Mann, der 5 Monate vor seinem Spitalseintritte Lich. scroph. bekam. Man constatirte bei seiner Aufnahme neben einer Pericarditis beiderseitige, theilweise exulcerirende tuberculöse Lymphdrüsengeschwülste am Halse, die sich bis unter das Sternum verfolgen liessen. Während des dreimonatlichen Spitalsaufenthaltes bildete sich das Exanthem bei vorschreitender Cachexie des Kranken meistentheils zurück, so dass die erkrankte Haut weiss, verdünnt, leicht gefaltet und schuppend wurde. Vor dem Tode des Patienten waren nur spärliche Lichen-Knötchen mit abschuppender Epidermis vorhanden. Die Necroskopie ergab in diesem Falle Tuberculose des Pericards, der Hals-, Mediastinal- und Bronchialdrüsen.

Von anderen Complicationen beobachteten wir in 11 unserer Fälle ein, wie schon Hebra seinerzeit als bei L. scroph. häufig vorkommend beschrieben, scharf begrenztes, stark nässendes Ekzem, welches gewöhnlich von der Leistengegend ausgehend, auf den Bauch und das Scrotum übergriff. Oft involvirten sich die Lichen scr. Knötchen während das Ekzem noch fort bestand. Andererseits bekamen wir oft zur Behandlung bei lymphatischen Individuen scharf begrenzte, nässende Ekzeme mit ähnlicher Localisation, die auf vorangegangenen Lichen scr. zurückzuführen waren und neben localer eine roborirende Behandlung erforderten. Ungefähr in der Hälfte der von mir beobachteten Lichen scr. Fälle sah ich die ebenfalls schon von Hebra für diese Krankheit hervorgehobenen Acne (cachecticorum) Pusteln. Sie waren lividroth, bis linsengross mit einem dunkleren hämorrhagischen Hof umgeben, schlapp und zumeist an den Extremitäten localisirt. Mit der Besserung des Allgemeinzustandes der Kranken involvirten sich auch diese Efflorescenzen, indem ihr Inhalt mit der Pusteldecke zu Borken eintrocknete und nach dem Abfallen derselben ein frisch überhäuteter, oft tiefer Defect entstand (Narbe).

Bei acht Kranken liess sich hereditäre Belastung nachweisen, es kam nämlich in ihrer Familie Tuberculose vor. Dagegen sah ich 7 mit typischem Lichen scrophulorum behaftete Individuen, die sonst gänzlich gesund, hereditär nicht belastet und von kräftigem Körperbau waren, wenn auch ihr Ernährungszustand direct vor der Eruption des Exanthems abgenommen hatte. Unter diesen verdient ein Fall näher erörtert zu werden, in welchem die Affection sowohl klinisch, als histologisch am intensivsten entwickelt war.

Es handelte sich um eine 32jähr. Magd (F. Z.), die angeblich früher immer gesund gewesen sein soll. Menstruation im 16. Lebensjahre, seither regelmässig. Ungefähr ein Jahr vor ihrer Spitalsaufnahme bemerkte sie die Entwicklung eines Ausschlages. Dieser begann angeblich in den Ellenbeugen, am Rücken und an den Unterschenkeln zu gleicher Zeit. Es bildeten sich rothe, leicht erhabene „Flecke“, die sich später vergrösserten und zu schuppen anfingen. Nach 2 Monaten sollen sie ganz abgeblasst gewesen sein. Drei Monate vor dem Spitalseintritte entwickelten sich nun ähnliche „Flecke“, jedoch in viel intensiverer Weise, an der Brust, an der Taille, am Rücken und an den Extremitäten. Seit der ersten Eruption soll Patientin blässer und etwas abgemagert sein. Bei der Untersuchung konnten wir folgenden Befund constatiren. Ein mittelgrosses Individuum, Musculatur gut entwickelt, Knochenbau kräftig, Schleimhäute blass. Thorax kurz und breit, über den Lungen heller Percussionsschall, vesiculäres Athmen, Herzdämpfung nicht vergrössert, Töne rein, Abdominalorgane normal. Im Gesichte mehrere pfenniggrosse braune Chloasma-Flecke. An der vorderen Brustfläche und zwar an den Brüsten und der oberen Brustapertur zerstreute, an den unteren Thoraxpartien, dicht beisammen stehende kreuzer- bis thalergrosse, am Rande etwas erhabene, braunrothe, mit feinen Schuppen bedeckte, im Centrum blasse, mehr braun gefärbte Plaques von Nieren-, Kreis- und Schlangen-Form. Bei genauer Betrachtung bestehen die einzelnen Plaques aus etwa hirsekorngrossen, braunrothen, konischen, feinschuppenden, auf Fingerdruck abblassenden Knötchen. Diese confluiren an manchen Stellen zu diffusen, mässig derben Infiltraten, so dass sie in denselben ganz aufgehen. Der Nabel ist

von einer Gruppe hirsekorngrossen, flachen, blassrothen, licht schuppenden Knötchen kreisförmig umgeben. Zwischen den geschilderten, deutlich aus Knötchen zusammengesetzten Plaques sieht man dann einzelne bis kreuzergrosse, blassrothe, unregelmässig begrenzte, flache, abschilfernde Infiltrate. An einzelnen Stellen wieder, theils am Rande der Plaques, theils isolirt, befinden sich die charakteristischen Pusteln mit hämorrhagischem Hof (Acne cachecticorum). Besonders an der Taille (also an der von Kleidern gereizten Stelle) sind diese Efflorescenzen in grossen elyptischen Figuren angeordnet. Am Rücken, dem Interscapularraum entsprechend, sieht man bis kreuzergrosse, blass braunrothe, leicht erhabene, schilfernde, unter dem Fingerdruck abblassende Infiltrate. Ihre Zusammensetzung aus Knötchen ist nur stellenweise erkennbar. Aehnliche mehr längliche Plaques sieht man an den Ellen- und Kniebeugen, einzelne zerstreute auch an den Unterschenkeln und Fussrücken. Nach einem sechswöchentlichen Aufenthalte der Patientin auf der Klinik hat sich ihr Leiden unter innerlicher Behandlung mit Morrhuol (6 Kapseln zu 0·2 täglich) fast ganz rückgebildet.

Bei der histologischen Untersuchung dieses Falles in der ersten Hälfte des Jahres 1890 habe ich typische Langhans-sche Riesenzellen gefunden, was ich auch meinem damaligen Chef Prof. Kaposi demonstrirte.

Ich habe gleichzeitig noch in vielen anderen Dermatosen, wie bei der von mir beschriebenen „Folliculitis exulcerans, Acne teleangiectodes (Kaposi), Folliculitis necrotisans (Kaposi), Bromacne, den Abscessen nach Morphiuminjectionen typische Riesenzellen nachgewiesen. Den letzteren jedoch habe ich nicht die Bedeutung tuberculöser Elemente beigemessen, da es jetzt allgemein bekannt ist, da sie nicht nur bei Tuberculose (Langhans-Schüppel'sche Ansicht), sondern auch in den Producten anderer verschiedenartiger Processe vorkommen. Weitere Untersuchungen und der klinische Verlauf erwähnter Dermatosen bewiesen mir zur Genüge ihre nichttuberculöse Natur.

Zur histologischen Untersuchung benützte ich Hautstücke von zwölf Fällen, indem ich sowohl in der Entwicklung begriffene, als correct vorgeschrittene Knötchen, Infiltrate und

Pusteln histologisch untersuchte. Die excidirten Hautstücke wurden theils in Alkohol, theils in Flemming oder Sublimat fixirt und zum Schneiden in Colloidin eingebettet. Die Schnitte wurden nach verschiedenen Methoden, insbesondere mit Alauncarmin, Hämatoxilin-Eosin nach Ehrlich und Ziehl-Neelsen gefärbt.

Uebereinstimmend mit den zuerst von Kaposi veröffentlichten histologischen Untersuchungen fand ich an meinen Präparaten sehr oft den Ausgangspunkt des Processes in den Haarbälgen und zwar um die Talgdrüsen herum (Fig. 1 und 2 *A*), nichtsdestoweniger scheint mir den Knäueldrüsen eine wichtige Rolle an der Erkrankung zuzufallen. In den jüngsten Lichen scr.-Knötchen fand ich entsprechend den Haarbälgen (Fig. 1 *A*) junges Granulationsgewebe, welches meistentheils aus grösseren spindelförmigen, mit einem grossen, ovalen, bläschenförmigen Kerne versehenen Zellen (epitheloiden nach Ziegler) (Fig. 1, 2 *a*) bestand. Verhältnissmässig spärlich waren in diesen herdförmigen Infiltraten die Rundzellen vertreten. Mit weiterem Vorschreiten des Processes geht die Drüse im Granulationsgewebe immer mehr und mehr auf, so dass die Cutis-Partie zwischen dem Haarbalge und dem Arrector pili mit der Zeit vom Infiltrat ganz ausgefüllt wird. Das letztere ist anfangs in dem, der Drüse entsprechenden Theile des Haarbalges am mächtigsten entwickelt. In etwas vorgeschrittenen Stadien findet man daselbst mehrere unregelmässige, kleinere Riesenzellen, mit central angeordneten Kernen (Fig. 1, 2 *b*). Diese Zellen werden in späteren Stadien des Processes zahlreicher und sind zu mehreren aggregirt, oder ganz unregelmässig zerstreut. Die Infiltrate kommen in streifenförmigen Herden vor (Fig. 1, 2) und lassen sich auch um die Gefässe und Lymphspalten herum verfolgen. Sie sind daselbst nicht so massenhaft und bestehen vorwiegend aus länglichen Epitheloidzellen. Die Blutgefässe sind dann erweitert, ihre Wände zellig infiltrirt, ihr Endothel wuchert. (Fig. 1 *B*.)

Bereits in den Anfangsstadien der Affection ist die Fortsetzung der Haarbalginfiltrate in den benachbarten Papillen nachweisbar (Fig. 1). Um die sichtlich erweiterten Papillargefässe herum liegen schmale streifenförmige Granulationsherde, welche anfangs weder die Papillen ausfüllen, noch bis zur Epidermis

reichen. Die Mitbetheiligung der Knäueldrüsen an der Affection ist in allen Stadien des Processes zu constatiren. (Fig. 1, 2, 3 *C.*) Anfangs sieht man entsprechend dem Gefässreichthum dieser Gebilde eine rundzellige Infiltration derselben. Sehr bald aber entwickelt sich an ihrer Stelle ein Granulationsgewebe mit vorherrschenden epitheloiden und grösseren, runden Riesenzellen. (Fig. 3 *D.*) Diese letzteren sind scharf contourirt und enthalten randständige, oft in einem Zellensegmente gedrängte Kerne. Entsprechend dem aus dem Drüsenknäuel in die Höhe aufsteigenden Ausführungsgange lässt sich oft längs desselben eine streifenförmige Fortsetzung der Infiltrate verfolgen. In den weiter fortgeschrittenen Stadien wird das Gewebe der Knäueldrüsen vom Granulationsgewebe verdrängt, (Fig. 2, 3 *E*) und nur hie und da ist das erste noch als solches erkennbar. Man sieht dann eine scharfe Begrenzung solcher meist runder Infiltrationsherde in der Drüsenschicht und eine oft regelmässig kreisförmige Anordnung grosser Riesenzellen in denselben. (Fig. 3 *D.*) Die aus den Haarbälgen hervorgegangenen Infiltrate hängen oft mit den der Knäueldrüsen zusammen. Die Hautschicht der Talg- und Schweissdrüsen bleibt lange an der Erkrankung hauptsächlich betheiligt, indem die Papillen nur die früher erwähnten schmalen, streifenförmigen Herde zeigen. Später werden sowohl die Infiltrate des Stratum subpapillare, als auch die der Papillen mächtiger. Die letzteren nehmen dann an Grösse zu und werden von einem deutlich vascularisirten Granulationsgewebe ausgefüllt. (Fig. 1.) In diesem sind gewöhnlich mehrere mittelgrosse, scharf contourirte, mit randständigen Kernen versehene Riesenzellen (Fig. 1, 2 *b*) vorhanden, welche die obersten Partien der Infiltrate einnehmen. Die am stärksten vertretenen Epitheloidzellen sitzen tiefer. (Fig. 2 *a.*) Gegen die Epidermis zu, ihre Stachelschicht durchsetzend, sieht man spärliche Rundzellen. (Fig. 1 *c.*) Diese ausgedehnten Infiltrate kommen in den dem Haarbalg benachbarten Papillen vor. (Fig. 2.) Das bindegewebige Stroma der Haut bleibt theilweise erhalten, ohne eine bestimmte Anordnung zu zeigen. Die meisten Infiltrate enthalten Blutgefässe (*B*) und zeigen eine längliche Form während der ganzen Dauer der Affection. Die Rundzellen sind in denselben stets verhältniss-

mässig spärlich vertreten. Sie halten sich nicht an die periphere Zone der Infiltrate, sondern liegen in diesen zerstreut.

In allen von mir untersuchten Fällen waren die Zellen deutlich und ihre Kerne gut färbbar. Eine Verkäsung (Coagulationsnekrose) habe ich in keinem meiner Präparate vorgefunden. Das Gros der Infiltrate kam in länglichen, zumeist netzförmig verbundenen Zellzügen vor. Am mächtigsten waren sie immer im Stratum subpapillare, den Talg- und Schweissdrüsen entsprechend. Die tieferen Cutisschichten und das subcutane Gewebe blieben stets frei. Nur in dem zweiten, von mir angeführten Falle waren die Infiltrate sehr mächtig, diffus und reichten etwas tiefer in die Cutis. (Fig. 3.) Wenn auch da grössere, spindelförmige Zellen vorherrschten, so waren doch ganze Reihen von grossen, runden, kreisförmig gruppirten Riesenzellen (Fig. 3 *D*) zu sehen. Diese regelmässige Anordnung der letzteren, eine scheidenartige Begrenzung (Fig. 3 *F*) der Infiltrate und stellenweise noch erkennbare Drüsenknäuel in denselben, beweisen zur Genüge, dass hier die Schweissdrüsen den Ausgangspunkt des Processes abgeben. Man sah in diesen Präparaten verschiedene Uebergangsformen unter den Riesenzellen (von einer Andeutung bis zu den typischen mit randständigen Kernen). In diesem Falle waren sowohl die Papillen, als auch die Retezapfen viel breiter wie die der gesunden Umgebung. Das Granulationsgewebe war jedoch viel mächtiger in der Drüsenschicht, als im Papillarkörper entwickelt. In dem letzteren kamen vereinzelte kleinere Riesenzellen mit in Segmenten angeordneten Kernen. (Fig. 3 *b.*)

Die tiefer gelegenen Knäueldrüsen boten nur in dem letzterwähnten Falle eine leichte Rundzellen-Infiltration dar (Fig. 3 *C*), sonst aber fanden wir sie an dem Processe nicht betheiligt.

Was die Epidermis anbelangt, so bildete sie in vorgeschrittenen Stadien, mehr aber noch während der Rückbildung der Affection aus vielen Lamellen bestehende Schuppen. Diese, abgehoben in der Peripherie, hafteten im Centrum an der übrigen Epidermis. Oft liess sich ein Zusammenhang der Schüppchen mit dem Ausführungsgang der Haarbälge (Fig. 2 *G.*) oder der Knäueldrüsen constatiren.

Mitunter treten Entzündungserscheinungen in den Infiltraten intensiver hervor, die sonst spärlich vorhandenen Rundzellen nehmen dann an Zahl bedeutend zu. Sowohl die Papillen, als auch das Stratum subpapillare, werden dann kleinzellig infiltrirt. Dabei schmelzt das Gewebe, unter Pustelbildung und Verwölbung verdünnter Epidermis ein. — Der Inhalt der Pusteln trocknet mit der Zeit ein, es werden Borken gebildet, unter welchen die Regeneration des Gewebes vor sich geht. Bei der Rückbildung der Infiltrate entwickeln sich längliche und spindelförmige Fibroblasten. Sie verdrängen die Rundzellen und organisiren sich zu einer Bindegewebsschicht. Dieser Vorgang spielt sich auch bei der Rückbildung der nicht vereiternden Infiltrate ab und führt oft zum Verstreichen der Papillen, also zu seichter Narbenbildung.

Nach diesem histologischen Befunde könnte ich die Lichen scrofulosorum Infiltrate mit den wahren Tuberkeln nicht identificiren. Sie waren vascularisirt, zumeist streifenförmig und bildeten nie typische, scharf abgegrenzte, gefässlose Knötchen mit dem charakteristischen Reticulum. Gerade auffällig erschien mir bei unserer Affection die verhältnissmässig geringe Menge der lymphoiden Zellen, welche nie in der Peripherie der Infiltrate angesammelt war. Die für Tuberculose charakteristische Verkäsung kommt bei Lichen scr. nie vor. (Jakobi konnte diese bei seinen Untersuchungen auch nicht nachweisen.) Die auf die Verkäsung folgende Erweichung und Zerfall (Geschwürsbildung), welche bei allen tuberculösen Processen der Haut (Ulcus tuberculosum, Scrofuloderma, Lupus vulgaris, Tuberculosis verrucosa) vorkommen, werden bei L. scr. vermisst.

Der klinische, verhältnissmässig benigne Verlauf des Processes spricht auch gegen die tuberculöse Natur desselben. Keine von den genannten Formen der Hauttuberculose ist im Stande, sich in so kurzer Zeit zu entwickeln und rückzubilden, wie gerade der Lichen scrofulosorum. Bei den typischen tuberculösen Hautgeschwüren schwindet das Gewebe unter unseren Augen und der Process auf der Haut schreitet rapid vor und hält gleichen Schritt mit der Tuberculose innerer Organe. In dem von mir beobachteten Falle des Lichen scrofulosorum bei einem hochgradig tuberculösen Individuum involvirte sich diese

Hautaffection auf eine indifferente Behandlung (mit Zinkpasta), trotz des Fortschreitens der allgemeinen Tuberculose.

Ich untersuchte die meisten meiner Präparate auf Tuberkelbacillen, es gelang mir aber nach keiner der Methoden solche nachzuweisen. Nicht einmal bei dem hochgradig tuberculösen Individuum und dem so schweren angeführten zweiten Falle waren, trotz eingehender Untersuchung zahlreicher Hautschnitte Tuberkelbacillen vorhanden. Sowohl von diesen beiden Fällen, als auch von vielen anderen Kranken, impfte ich etwa über linsengrosse Stücke von entwickelten Lichen scr. Plaques, Knötchen und Acne cachect. Pusteln auf Meerschweinchen unter die Haut der Bauchgegend. Neun derartige Versuche sind erfolglos verlaufen. (Bei einem wahren Ulcus tuberculosum gelang es mir durch positiven Erfolg der Impfung die Diagnose festzustellen. — Arch. für Dermatologie und Syphilis XXII. Jahrg. p. 779.) Diese Untersuchungen befestigen mein Bedenken gegen die specifisch tuberculöse Natur dieses Hautleidens.

Was den Fall von Sack (l. c.) anbetrifft, kann ich bemerken, dass ich ihn vor der Publication und nach derselben gesehen habe. Ich halte denselben für einen Lichen syphil., wofür auch der Umstand sprechen mag, dass, wie der Pat. angibt, die Affection auf den Gebrauch vom Dect. Zittmanni hin zurückging. Schon aus der publicirten Krankengeschichte geht übrigens die Richtigkeit meiner Diagnose hervor. Die acute Unterkieferdrüsenschwellung unter Fiebererscheinungen spricht für eine Adenitis im Verlaufe eines vom Kranken übersehenen Primäraffectes im Bereiche des Gesichtes oder der Mundschleimhaut. Die Mitaffection der Penishaut, der Plantae pedum und volae manum (meiner Ansicht nach eine typische Psoriasis palm. et plant. specif.), eine von mir constatirte scharf begrenzte lividrothe Angina sprechen zur Genüge zu Gunsten der Diagnose Lues. Auch die Unwirksamkeit der drei 1procentigen Sublimatinjectionen ist nicht im Stande, mich an der Sicherheit meiner Diagnose zweifeln zu lassen. Ich habe mich bei der Application der 5% Sublimatinjectionen oft überzeugt, dass der Lichen syphiliticus einen grossen Widerstand der Quecksilbertherapie leistet, bei Stoffwechselanregung (z. B. durch innerlichen Gebrauch von Decoct-Zittmanni) dagegen sich rasch involvirt. Der histologische Befund

Sack's stimmt mit den Befunden Griffini's, Neumann's und Michelson's (besonders des letzteren) bei dem kleinpapulösen Syphilid überein.

Trotz dieser, der Tuberculose ähnlichen histologischen Bilder bei syphilitischen Licheneffloreseenzen, die ich auch oft gesehen habe, hält heutzutage Niemand den Lichen syphiliticus weder für eine tuberculöse Hautaffection, noch für eine syphilitisch-tuberculöse Mischinfection (Michelson).

Was Sack's Anfechtungen der Nomenclatur anlangt, so lässt sich für den Lichen scrofulosorum der ihm von Hebra, seinem ersten Bearbeiter gegebene Name durch einen besseren kaum ersetzen. Abgesehen von dem Prioritätsrechte Hebra's sind die später creirten Namen L. scrofulosus (Auspitz) und Scrofuloderma papulosum (Hebra jun.) als nicht zutreffend von den Dermatologen nicht angenommen worden. Wenn andererseits auch seit Hebra bekannt ist, dass bei Steigerung der Entzündung einzelne Lichen scr. Knötchen vereitern und sich zu Pusteln entwickeln, dürfte dennoch hoffentlich der zuerst für die Krankheit gewählte Name beibehalten werden, da die Knötchenefflorescenzen ein constanter und wesentlicher Bestandtheil des Processes sind. Gerade so wie es Niemandem einfallen wird den Namen Lichen ruber wegschaffen zu wollen, weil seine Efflorescenzen sich mitunter zu Blasen entwickeln und sogar durch sie verdrängt werden können (Lichen ruber pemphigoides (Kaposi). Die französische Bezeichnung „Folliculite-pilosebacée“ ist schon aus dem Grunde unrichtig gewählt, da so viele Dermatosen in die Gruppe der Folliculitiden gehören.

Es ist eben die Bestrebung der Wiener Schule, dieselben näher kennen zu lernen und entsprechend zu bezeichnen.

Der von Jakobi in den L. scroful.-Präparaten vorgefundene Tuberkelbacillus wurde sonst von keiner Seite bestätigt, So wie es mir nie gelang, denselben bei L. scrof. zu sehen, haben ihn auch weder Riehl noch Hallopeau-Darier nachweisen können, wenn sich auch die beiden letzteren für die tuberculöse Natur des Lichens entschieden.

Nach meinen Beobachtungen und Untersuchungen habe ich nun die Ueberzeugung gewonnen, dass dieser Entzündungsprocess als Ausdruck der Ernährungsstörung auftritt. Man be-

obachtet ihn also am meisten bei tuberculösen (scrofulösen) Individuen, jedoch nicht in directer Abhängigkeit von der Tuberculose, sondern in Folge von der hier eintretenden Cachexie. Gerade so hatten wir doch, wie bereits erwähnt, einmal bei einem Kranken mit Lymphadenomata colli, ein anderesmal bei einer Schwangeren den Lichen scrof. gesehen.

Andererseits aber zeigten den letzteren auch sonst gesunde Individuen unserer Beobachtung, welche nur schlecht genährt erschienen.

Die Riesenzellen bei Lichen scrophulosorum kann ich auch nicht etwa als eine Wirkung von Fremdkörpern (Riehl) auffassen. Wie aus meinen Befunden ersichtlich, sind sie nicht nur um die Haare (welche für sie Fremdkörper abgeben) localisirt, sondern kommen noch viel zahlreicher an Stelle der Knäueldrüsen vor. Ich habe ferner diese Elemente bei Lichen ruber planus, einem viel chronischer verlaufenden Leiden immer vermisst, selbst dann, wenn seine Efflorescenzen um die Haarbalge herum angeordnet waren. Das wäre nicht zu erwarten, wenn die Haare hier als Fremdkörper anzusehen wären. Meines Wissens sind bis jetzt nur kleine Riesenzellen mit mittelständigen Kernen bei Lichen ruber moniliformis von Kaposi und dann grosse mit rundständigen Kernen in einem Falle von Lichen ruber acuminatus von Max Joseph vorgefunden worden.

Der krankhafte Ernährungszustand des Individuums mag vielleicht zur Bildung dieser granulösen Gewebsformation beitragen. Die letztere gelangt nicht zur höheren Organisation in Folge von Ausbleiben der Protoplasmatheilung nach erfolgter Kerntheilung in den Fibroblasten (die Riesenzellenbildung). Gestützt auf die angeführten Befunde möchte ich schliesslich auch dem Epithel der Knäueldrüsen eine wesentliche Rolle bei dem Zustandekommen der Riesenzellen beimessen.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel I—III.

Taf. I. Fig. 1. Vertical-Durchschnitt eines kleineren Lichen scroful. Plaques. Vergröss. Zeiss. Ocul. 4. Obj. *DD*. *a* Epitheloidzellen, *b* Riesenzellen, *c* Rundzellen. *A* Haarbälge, *B* Blutgefässe, *C* Knäueldrüsen.

Taf. II. Fig. 2. Vertical-Durchschnitt eines älteren Lichen scrof. Knötchens. Vergr. Zeiss. Oc. 2. Obj. *DD*. *a* Epitheloidzellen, *b* Riesenzellen, *c* Rundzellen. *B* Blutgefässe, *C* Knäueldrüsen, *E* Granulationsgewebe an Stelle der Knäueldrüsen, *G* eine aus mehreren Lamellen bestehende Schuppe im Zusammenhang mit dem Ausführungsgange eines Haarbalges.

Taf. III. Fig. 3. Ein tief reichender Infiltrationsherd. Zeiss. Oc. 4. Obj. *DD*. *a* Epitheloidzellen, *b* Riesenzellen, *c* Rundzellen. *C* Knäueldrüsen, *D* Regelmässig angeordnete Riesenzellengruppe, *E* Granulationsgewebe an Stelle der Knäueldrüsen, *F* eine scheidenartige Begrenzung der Infiltrate.

Lukasiewicz: Über Lichen scrofulosorum.

k. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.

K.u.k. Hoflith. A. Haase Prag.

Fig. 2.

Lukasiewicz: Über Lichen scrofulosorum

K.u.k.Hofl... Haase P.

Ueber einen Fall von Epithelioma verrucosum abortivum nebst einem Beitrage zum Studium der Psorospermosen.

Von

Prof. **Pierleone Tommasoli** in Modena.

(Hierzu Taf. IV—VI.)

Die folgenden Mittheilungen, die einen vielleicht nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Theorie der Epitheliome und der Psorospermosen liefern, sind dem blossen Zufalle zuzuschreiben. In der That wollte ich in meinem Falle, wie man später sehen wird, nur die sehr bescheidene Histopathologie einer besonderen Form von Akrokeratom studiren, das ich durch eine örtliche Dystrophie des Handrückens infolge einer langsam sich entwickelten krebsigen Kachexie hervorgerufen glaubte; statt dessen kam ich dahin, in den Präparaten viel complicirtere Hautalterationen zu constatiren, die mich nöthigten eine Form von Epitheliom anzunehmen, dessen Existenz ich klinisch nicht vermuthen konnte. Dies wollte ich vor allem hervorgehoben haben, da ich glaube, dass die Klinik auch aus diesem Eingeständnisse wird einen Vortheil ziehen können. Und nun gehe ich ohne Weiteres zur Auseinandersetzung meines Falles über:

R. D., 42 J. alt, Gutsbesitzer, hat stets unter günstigen hygienischen Bedingungen gelebt. Was sich auf dessen Antecedentien und Familie bezieht, ist uns völlig unbekannt; wir wissen nur, dass unser Kranke durch mehr als 20 Jahre hindurch an corrodirenden Geschwüren des Gesichtes (Epithéliome perlé, Perlschnur-Epitheliom der französischen Autoren, Verneuil's Epithelioma sudoriparum) in ihrer typischesten Form gelitten

hat. Nachdem die Affection, wie es in der Regel geschieht, jahrelang in sehr mildem Grade und nur an den obersten Gesichtspartien beschränkt gedauert hatte, entwickelte sich ein Geschwür am rechten Nasenloch, woselbst es, durch den üblichen langsamen Verlauf, so schwere und tiefe Ulcerationen veranlasste, dass zwei Drittel der Nase und der grösste Theil der Oberlippe zerstört und selbst der Kieferknochen stark angegriffen, sowie ein grosser Theil des rechten Gaumendaches corrodirt wurden.

In Folge dieser schweren Ulceration, die ein carcinomatöses Aussehen darbot, begann Patient, der früher stets einen guten Allgemeinzustand gezeigt hatte, sehr beträchtliche Alterationen der Unterkieferdrüsen aufzuweisen; dann wurde er nach und nach von Kachexie befallen, die ihn nach einigen Monaten ins Grab führte.

In seinen letzten Lebensjahren haben sich am Handrücken und an der Dorsalseite der Finger — insbesondere aber an den mehr centralen Partien des Handrückens — andere Alterationen entwickelt, die eben diejenigen sind, die zu dieser meiner Veröffentlichung Anlass gegeben haben. Diese Alterationen, die ich vom Standpunkte dieser Studie als sehr schwer und interessant bezeichnen muss, waren hingegen vom Standpunkte des Patienten von so geringer Bedeutung, dass dessen Aufmerksamkeit auf sie gar nicht gelenkt wurde, so dass Patient nicht einmal annähernd angeben konnte, seit wann dieselben bestanden. Deren Beginn ist absolut schleichend gewesen, und Patient wusste mir nichts anderes zu sagen, als dass er seit einiger Zeit bemerkt hatte, dass die Haut der Handrücken nicht wie sonst aussah und an einigen Stellen glatter, an anderen runzelig und rauh geworden war; er hatte jedoch diesen Veränderungen niemals eine Bedeutung beigelegt.

Bei der Untersuchung dieses Patienten, den ich später zur Behandlung in meine Klinik aufnahm, fand ich, dass fast die ganze Haut der Handrücken tief verändert war. Die Haare waren hier fast gänzlich verschwunden. Die Epidermis erschien glänzend und sehr glatt, als ob es sich um eine sehr oberflächliche, regelmässige und sehr ausgebreitete Pseudonarbe gehandelt hätte, und die Farbe dieser ganzen Epidermis war bald perlenweiss, bald rein violett: Der atrophische Zustand des ganzen Hautgewebes war augenscheinlich, auch ohne dass es nothwendig gewesen wäre, diese Haut in Falten abzuheben. Auf diesem atrophisch-narbigen Grunde, der gleichförmig vertheilt war, wiewohl die Läsion viel mehr ausgeprägt im centralen und mehr hervorragenden Theile der Handrücken erschien, erhoben sich, scharf umschrieben, zahlreiche Knötchen, wovon einige hirsekorngross, andere hanfkorngross und etwas zusammengedrückt, andere endlich linsenförmig waren. Diese Knötchen waren dem Gefühle nach hart, leicht verschiebbar mit der dünnen Haut, worauf sie sassen, und die meisten bedeckt von einer starken hyperkeratotischen Epidermis mit einem kleinen vertieften und schwärzlichen Punkte in der Mitte. Dann befanden sich zwischen diesen, aber in bescheidener Zahl, andere Erhebungen, die ihrer Beschaffenheit nach den anderen sehr analog, jedoch platter und ausgedehnter und von cornealen Anhäufungen voll-

ständig überkleidet waren. Manche dieser Cornealanhäufungen präsentirte sich in Form kleiner isolirter Felschen, nach Art derjenigen, die wir bei Ichthyosis hystrix beobachten; manche andere bot die Form von unregelmässigen, aus dem Einpflanzungsknötchen selbst über zwei Mm. hervorragenden Stacheln, und die meisten hatten die Form von kleinen flachen Hornwarzen, die bedeckt waren mit mehr oder weniger dicken Körnchen aus Hornsubstanz und von schmutzig gelber Farbe. Hie und da einige Epidermisschüppchen, die entweder adhärent waren oder im Wege spontaner Lostrennung sich befanden.

Das war das von den Handrücken dargebotene Krankheitsbild. Der Rest der Hautoberfläche zeigte normale Verhältnisse.

Klinisch betrachtet, hatte dieses Krankheitsbild längere Zeit meine Verwunderung hervorgerufen, ohne dass ich imstande gewesen wäre, mit voller Ueberzeugung eine bestimmte Diagnose zu stellen. In der That konnte ich nicht an eine selbst atypische Reproduction des Ulcus rodens des Gesichtes glauben, denn ein Geschwür irgend welcher Form war auf dieser vom Gesichte entfernten Region nicht aufgetreten, und wir wissen, dass, nach Angabe des Kranken selbst, der Rücken seiner Hände immer gesund geblieben war. Während ich jedoch selbst eine atypische Reproduction des Ulcus rodens ausschliessen zu können glaubte, konnte ich doch nicht in mir die Erinnerung unterdrücken, dass von Verneuil das Ulcus rodens épithéliome sudoripare genannt wurde, und dies veranlasste mich, zu fragen, ob nicht jene verschieden grossen und verschieden geformten Knötchen, die man an den Handrücken zerstreut fand, eine jener absolut gutartigen Formen von Epithelioma sudoriparum oder cysticum in sich geborgen hielten, die Török Syringo-Cystadenom genannt und für die Besnier die Bezeichnung Cystadénomes épitheliaux benins vorschlägt. Auch musste ich daran denken, dass das Ulcus rodens gegenwärtig von vielen Autoren als eine durch Coccidien hervorgerufene parasitäre Affection angesehen wird, was mich bestimmte, zu fragen, ob nicht in jenen eigenthümlichen, zum Theile nodulären, zum Theile verrucösen Läsionen der Handrücken eine circumscripte Form jener ebenso eigenthümlichen Affectionen verborgen wäre, denen man in letzterer Zeit, in Ermangelung einer befriedigenden klinischen Bezeichnung, den meiner Ansicht nach ebenso überstürzten als unpassenden Namen von Psorospermose folliculaire végétante de Darier beigelegt hat.

In jedem Falle aber erkannte ich, dass allzu gross die Differenz war zwischen dem gewöhnlichsten Krankheitsbilde aller dieser verschiedenen Affectionen und dem Krankheitsbilde, das mein Patient gezeigt hatte. Und noch mehr entfernte sich dasselbe von anderen bekannten Erkrankungen, die als Endstadium eine atrophische oder pseudonarbige Läsion herbeiführen.

Indem ich demnach vor Allem auf die verrucösen Cornealproductionen Rücksicht nahm, die inmitten der anderen Läsionen das Feld beherrschten und zwei ganz bestimmte Regionen der Extremitäten symmetrisch besetzt hielten, die öfters auch von anderen der Akropathologie zugehörenden Läsionen befallen werden, beschränkte ich mich darauf, die Läsionen der Hände meines Kranken unter die Akrokeratome einzureihen, und ich wartete auf seinen Tod, um mit Hilfe des Mikroskops meine Diagnose vervollständigen oder berichtigen zu können.

Als der Kranke starb — es geschah dies nach wenigen Monaten — war ich abwesend; aber einer meiner Assistenten beeilte sich, einige Hautstücke vom Handrücken des Leichnams herauszuschneiden und in absoluten Alkohol zu legen. Im Folgenden theile ich die Resultate der von mir nachträglich vorgenommenen histologischen Untersuchung mit.

Was das Akrokeratom anlangt, will ich hier in wenigen Worten — gleichsam zur Rechtfertigung der klinischen Diagnose, auf die ich mich, in Ermangelung von etwas Besserem, beschränken musste — daran erinnern, was ich bereits in einer früheren Publication[1]) auseinandergesetzt habe, aus welcher die Geschichte des Falles hier reproducirt erscheint. Bei der Untersuchung nämlich der Präparate bei geringer Vergrösserung, fand ich in sehr vielen Schnitten mehr oder weniger starke Anhäufungen von Hornsubstanz, genau wie man es sehen kann in einer histologischen Tafel von Akrokeratoma hystriciforme hereditarium, die ich zusammen mit der Chromophotographie des betreffenden Falles im „Intern. Atlas seltener Fälle" (1893, Hamburg) veröffentlicht babe, und wie man es sehen kann auf den histologischen Tafeln der sogenannten Psoro-

[1]) Contrib. da servire alla Storia d. Akrokeratomi con una nuova forma di Akrokeratoma hystr. hered. (Rass. sc. Med. Modena. Marzo 1893.)

spermose folliculaire de Darier, die von Darier,[1]) Boeck[2]) und Campana[3]) publicirt wurden. Diese Hornanhäufungen haben die eigenthümlichsten Formen von Schichtungen, Felsen, Stacheln, Federbuschen, und Fig. 1 der Taf. IV gibt eben das Bild einer dieser bizarren Keratome wieder. Innerhalb dieser Anhäufungen erscheint die Hornsubstanz an einigen Punkten ganz homogen und compact ohne eine Spur von nucleolaren Residuen, an anderen Stellen erscheint sie wellenartig geschichtet, in anderen wieder maschenartig und gefranst, namentlich dort, wo die Ausmündungen der Schweissdrüsen zu sehen sind. Oefters jedoch stellen diese Anhäufungen Zonen dar, in welchen die Zellenelemente noch hinreichend erkennbar sind, und wo ganze Cornealfelsen wahrgenommen werden können, die mit kleinen Pünktchen dicht besäet erscheinen, die nichts anderes sind als rundliche oder zusammengedrückte und noch vollkommen mit Hämatoxylin oder Carmin gefärbte Kerne.

Dieses besondere Aussehen der Hornmassen, die aus Epithelzellen zusammengesetzt sind, in welchen der Corneificationprocess infolge der Alterationen der darunterliegenden Schichten atypisch und unvollständig sich vollzieht, entspricht vollkommen der Figur, die Darier in oberwähnter Tafel mit dem Buchstaben *b* bezeichnet hat und die von ihm als „matiére d'apparence plus dense, composée d'une accumulation de parasites sous forme de grains" gedeutet wurde.

Betreffs nun der ganzen Läsion im Allgemeinen, gestattet uns vom Standpunkte ihrer Natur die Gesammtuntersuchung der aus vielen Hautstücken gewonnenen Präparate vor Allem festzusetzen, dass am Handrücken meines Kranken die Affection zwei von einander wohl unterschiedene Perioden, eine progressive und eine regressive Periode darbot.

An den Schnitten, die uns die verschiedenen Stadien und die verschiedenen Modalitäten der progressiven Periode der Affection zeigen, finden wir die Hornschicht constant, wie bereits oben erwähnt wurde, stark hypertrophisch, warzig, zerklüftet.

---

[1]) Annales d. Dermat. etc. Nr. 7, 1889. Pl. IV, Fig. 1.

[2]) Arch. f. Dermat. und Syph. Heft 6. 1891. Taf. XVI, Fig. 1.

[3]) Ittiosi cornea e psorosperm. (Psorospermosi ittiosiforme.) Atti d. R. Univ. di Genova, 1892. Taf. I, Fig. 1.

Bei kleiner Vergrösserung bemerkt man, dass diese stark verdickte Hornschicht 10- bis 20mal dicker als das Stratum spinosum und ihre Lagen einen ausgeprägt welligen Verlauf haben, entsprechend den vorspringenden Papillen und den tief einsenkenden Interpapillärzwischenräumen. Nach der Umgebung fällt die Hornschicht schroff ab. Während in der Mitte des Schnittes die Papillen senkrecht stehen, sind sie nach der Peripherie zu niedergedrückt und verlaufen daher auch die senkrecht getroffenen Leisten in Form der Epithelzapfen mehr oder weniger schräg zur Oberfläche.

Auch das Stratum spinosum ist hypertrophisch, circa um das Doppelte der Randpartien.

Die Papillen sind meist schmal, lang und spitz; einige sind vergrössert, ihre Vergrösserung aber ist vielleicht in der Hauptsache auf die seitliche Compression der dichten Hornmasse zu setzen.

Das subpapilläre Gefässnetz ist von Rundzellen umgeben, die Herde sind jedoch nicht so dicht, um das Zwischengewebe ganz zu verdecken und reichen nur an einigen Stellen bis an das Epithel heran. Die seitlichen Partien des Schnittes sind frei davon. Die mittleren und unteren Cutisschichten dagegen scheinen normal zu sein und fallen nur die auf ihrem geraden Verlaufe zur Seite gedrängten Schweissdrüsengänge auf.

Bei starker Vergrösserung sieht man die Hornzellen und ihre Contouren bis in den obersten Lagen erhalten. Zonenweise haben sie, wie gesagt, einen gut erhaltenen und gut färbbaren Kern und auch noch deutliche Reste ihres Stachelsaumes. Bei Färbungen grenzt sich deutlich das verbreitete Stratum lucidum von der übrigen Hornschicht ab. Das Stratum granulosum enthält reichlich Keratohyalin.

Ausserdem findet man hie und da zwischen den Hornzellen mehr oder weniger runde, homogene, glänzende, kernlose Körperchen, welche durch diese Eigenschaften sich scharf von den umgebenden Zellen unterscheiden.

Die zahlreichsten und wichtigsten Veränderungen weist das Stratum spinosum auf, in welchem sich zahlreiche Mitosen nachweisen lassen. Es gibt Schnitte, in denen bei Immersion,

im Gesichtsfeld 4, 5, 6 und noch mehr Mitosen zu sehen sind. Meistens findet man Knäuel-, Spindel- und Sternformen. Diese in Theilung begriffenen Epithelien des Stratum spinosum fallen bei starker Vergrösserung nicht allein durch den intensiv gefärbten Kern auf, sondern auch durch ihr glänzendes Protoplasma und durch die Grösse und runde Form desselben. Derartige Zellen stellen sich also folgendermassen dar: zwischen den Stachelzellen, deren Protoplasma noch eine leichte Färbung von der Kernfarbe zurückbehalten hat, liegt ein gewöhnlich kreisrunder, homogener, glänzender Körper, welcher die umgebenden Zellen bei Seite gedrängt hat (s. Fig. 3, Taf. V). An diesem Körper lässt sich ein feiner Stachelsaum erkennen, welcher jedoch nicht mit dem der umgebenden Zellen in Verbindung steht. Das Centrum dieses glänzenden Protoplasma ist gegen den Kern zu in Form eines Ringes abgesetzt, so dass der Kern in einem Hohlraum liegt. Bei sehr vielen derartig veränderten Zellen befindet sich der Kern, wie gesagt, in Mitose.

Es finden sich aber auch Kerne im Ruhestadium oder in Form eines homogenen, intensiv gefärbten Klümpchens von runder oder länglicher, unregelmässiger Form; in letzterem Falle besteht kein Hohlraum um dieselben. In manchen dieser veränderten Zellen ist der Kern zerfallen und zwar in grössere und kleinere Partikelchen, welche unregelmässig im Protoplasma zerstreut liegen können.

Ausser diesen pathologischen Zuständen finden sich noch andere. Manche Zellen enthalten in der That Kerne von der 2—3fachen Grösse der übrigen mit stärkerem Chromatinnetz und mit mehreren grossen Nucleolen. Andere Zellen haben in der Mitte eine Vacuole, die den Kern in Form einer Kugelculatte an die Peripherie gedrückt, enthält. Dann findet man auch homogene Massen ohne Kern, von der Grösse einer Epithelzelle oder auch grösser zuweilen auch kleiner, von mehr oder weniger unregelmässiger Form, was von den umliegenden Zellen bedingt zu sein scheint. An wenigen Stellen sieht man das Epithel aufgehellt, das Protoplasma nicht mehr scharf begrenzt, zum Theil wie in Bröckelchen zerfallen, die Interspinalräume erweitert.

Die starke Mitosenbildung führt, wie aus einigen Schnitten sehr deutlich zu ersehen ist (s. Taf. IV, Fig. 2 *a*), zu einem Auswachsen des Epithels in Form von rundlichen Knospen in die Cutis. Schon bei schwacher Vergrösserung sieht man die Unterfläche des Epithels an manchen Stellen in Form kleinerer oder grösserer abgerundeter Fortsätze in das Bindegewebe vordringen. Diese Stellen fallen auch dadurch auf, dass sie heller gefärbt sind als die übrigen Partien des Epithels. Bei starker Vergrösserung sieht man alle Zeichen der Proliferation an diesen Herden: die Zellen liegen lockerer, sie sind vergrössert, befinden sich in mitotischer Theilung und das angrenzende Bindegewebe ist aufgelockert. Diese Eigenschaften sind so constant, dass man bei Durchmusterung des Schnittes mit der Immersionslinse aus dem Auffinden einer derselben auf das Vorhandensein der übrigen mit Sicherheit schliessen kann.

Was die Veränderungen der Cutis betrifft, so erweist sich die Leucocytenauswanderung um die Gefässe des Stratum papillare und subpapillare als die constanteste und wichtigste. Sie findet sich hauptsächlich da und auch am reichlichsten, wo die Epithelproliferation stattfindet. Hier besteht auch ein leichter Grad von Oedem. Daneben findet man zahlreiche Mastzellen um die Gefässe und unregelmässig zerstreut im Bindegewebe. Ausserdem findet man auch einige unregelmässig geformte, zum Theil gegeneinander abgeplattete, homogene glänzende Körperchen, welche theils dicht unterhalb des Epithels, theils im Bindegewebe der Papille liegen.

Was die regressiven Veränderungen betrifft, finden wir das Folgende:

Auf einigen Hautschnitten neben allen diesen Veränderungen und besonders nebst der warzigen Hornschicht sieht man noch andere regressive Veränderungen, die beschrieben werden sollen. Andere Hautschnitte endlich zeigen nur eine etwas verdickte, glatte Oberfläche und die folgenden regressiven Veränderungen.

Bei schwacher Vergrösserung zeigen die Schnitte mit der warzigen Hornschicht noch unter derselben ein hypertrophisches Stratum spinosum und lange, spitze Papillen. Dagegen ist die Infiltration des Papillarkörpers eine geringere geworden. Andere Schnitte, wo keine Hornschichtverdickung mehr besteht, zeigen

dagegen bereits eine der normalen Umgebung gleich dickes Stratum spinosum oder sogar ein niedrigeres (s. Fig. 6, Taf. VI). Dementsprechend ist auch der Papillarkörper entweder von normalem Aussehen oder offenbar atrophisch, resp. bereits niedriger und ganz verstrichen.

Bei starker Vergrösserung fällt im Stratum corneum der Mangel der Kerne auf, trotzdem dasselbe noch so hypertrophisch ist wie in den zuerst beschriebenen Schnitten. Auch ist die Grenze zwischen den einzelnen Hornzellen nicht mehr so deutlich.

Im Stratum spinosum sucht man vergebens nach Mitosen. Man findet nur hie und da einige glänzende, veränderte Zellen, welchen man auch in den höheren Lagen begegnet.

Im Papillarkörper liegen noch Rundzellen um die Gefässe, jedoch entschieden weniger als im progressiven Stadium. Die Zahl der Mastzellen scheint die gleiche zu sein, wie früher. Dagegen zieht ein neues Element in der subepithelialen Cutisschicht die Aufmerksamkeit auf sich; es sind dann herdweise, in einer Breite von zwei bis vier Papillen liegende, unregelmässig contourirte, glänzende, homogene Körperchen.

Die Cutis hat offenbar an ihrem Dickendurchmesser eingebüsst. Die zahlreichen und stark entwickelten Knäueldrüsen sind ganz oberflächlich geworden, aber sie stellen keine der von Darier beim Epitheliom der Knäueldrüsen geschilderten pathologischen Zustände vor. Einige Arterien zeigen an der Adventitia bindegewebige Verdickung.

Durch Taenzer's Orceinfärbung für elastisches Gewebe mit nachfolgender Methylenblau-Kernfärbung lassen sich die eben erwähnten Körperchen am besten braun färben, entweder blass oder intensiv braun. (Taf. VI, Fig. 5.)

Durch dieselbe Färbungsmethode sieht man, dass während im subepithelialen Bindegewebe die elastischen Fasern sehr fein und zierlich sind, finden sich in der Nähe der erwähnten Körperchenherde und auch zwischen den Massen breitere, nicht so dunkel gefärbte Fäden. Dieselben haben theils unregelmässige Anschwellungen in ihrem Verlaufe, theils sind sie in einzelne Stücke zerfallen, welche hintereinander aufgereiht liegen und vielleicht 2—3mal so dick wie die normalen Fasern dieser Gegend sind. Auch diese Stücke zeigen bereits den eigenthümlichen

Glanz und sind homogen. Weiter findet man hufeisenförmig gebogene glänzende Fäden und hornartig gewundene, runde Körperchen mit centralem Loche.

Im weiteren Verlaufe ist von der ursprünglichen Fadenstrictur nichts mehr zu sehen und man findet nur homogene, unregelmässig contourirte, glänzende Massen in den verschiedensten Grössen, von der Grösse eines rothen Blutkörperchens bis zu dem Durchschnitt einer Erbse und noch mehr. Ausser in Herden finden sich diese Elemente auch noch vereinzelt in den Papillen, mitunter sehr dicht dem Epithel anliegend und dann meistens von sehr kleiner Form. Die nächstliegenden Epithelzellen grenzen sich dann deutlich durch ihren Stachelsaum von diesen Körperchen ab.

In den Hautschnitten, welche am deutlichsten das regressive Stadium repräsentiren mit atrophischem Epithel und Papillarkörper und in welchen nur noch spärliche Leucocyten liegen, finden sich nur noch wenige glänzende Körperchen in der Cutis.

Ich gestehe es, dass gegenüber diesen verschiedenen histologischen Befunden ein epikritischer Schluss ebenso schwer zu ziehen war als ein diagnostischer Schluss gegenüber dem klinischen Befunde. Drei Probleme stellten sich mir in der That entgegen: 1. Wie konnte man jene warzenartigen Alterationen deuten, die mit einem darunterliegenden Processe atypischer Wucherung des Epithels innig zusammenzuhängen schienen und die sich auf der Haut eines Individuums entwickeln, das an einem anderen Theile des Körpers mit Ulcus rodens behaftet ist? 2. Was stellten jene Alterationen der Epithelzellen dar, die wir in der progressiven Periode der Läsion constatirt haben, und vor allem war jene wirklich Zellenalterationen? 3. Was stellten jene homogenen, glänzenden und durch Orcein braun gefärbten Massen dar, die wir in den subepithelialen Hautschichten angetroffen haben?

In Betreff des ersten Problems bekräftigte mich die Thatsache des Vorhandenseins einer oberflächlichen und fast möchte ich sagen, gutartigen Epitheliomform (Ulcus rodens), die an einem anderen Körpertheile in Entwicklung begriffen war, in

der Meinung, dass auch an den Handrücken jene atypische Epithelwucherung als eine epitheliomatöse Alteration gedeutet werden könnte. Weshalb blieb jedoch diese Alteration so oberflächlich und wie konnte sie spontan ausheilen, indem sie eine so ausgeprägte atrophisch-degenerative Alteration der oberflächlichen Hautpartien nach sich zog? Darier hat in seiner Arbeit „Sur l'épithéliome des glandes sudoripares" [1]) auf einige verschiedene Formen von Epitheltumoren mit sehr langsamem Verlaufe und sehr gutartigem Charakter hingewiesen. Und Karg hat in seiner Studie „Ueber das Carcinom" [2]) behauptet, dass die Paget'sche Krankheit „ebensowenig ein hartnäckiges chronisches Ekzem der Mamma wie eine besondere Krankheit ist. Es handelt sich um ein Carcinom, und zwar um die oberflächlichste oder flachste Form des Carcinom, die möglich ist; am nächsten steht ihm das klinisch und pathologisch-anatomisch verwandte Ulcus rodens der Haut, bei dem aber auch in den langsamst verlaufenden Fällen eine viel weiter gehende und tiefer greifende Infiltration des Bindegewebes mit Krebszellen erfolgt als hier".

Nun könnte es sich vielleicht in meinem Falle um eine noch gutartigere und oberflächlichere oder flachere Epitheliomform als das épithéliome adénoide und die Paget'sche Krankheit handeln? In seiner eben angeführten Arbeit hat Darier geschrieben: „Parmi les conditions qui ont le plus d'influence sur la marche des tumeurs notons la richesse plus ou moins grande de la région en vaisseaux lymphatiques et sanguins et surtout la résistance du tissu conjonctif. Sa résistance, ou sa réaction, pour mieux dire, qui conduit à l'encystement, ou même à l'étouffement du tissu épithélial comme dans le squirre atrophique, constitue une barrière réelle opposée à l'envahissement et à la dissémination du neoplasme." [3]) Rührte nun vielleicht in meinem Falle die spontane und regressive Involution des Hautepitheliom von jener so manifesten

---

[1]) Contrib. à l'étude de l'épithel. des gl. sudor. Travail du labor. d'Histol. du Collège de France. XII. Paris.

[2]) Deutsche Zeitschr. f. Chir., 34. Bd. Leipzig 1892, p. 167.

[3]) Loc. cit. p. 130.

bindegewebigen Reaction her, die die Stellen der Epitheliumwucherung umgab (Siehe Fig. 2 *a*, Taf. IV).

Was das zweite Problem anbelangt, so führte mich dieses ohne Weiters mitten in die so viel erörterte Frage der Psorospermosen zurück. Und ich, der ich schon, in Gemeinschaft mit Török, Gelegenheit hatte, mit Bezug auf das Epithelioma molluscum einen Beitrag zu dieser Frage zu liefern, wobei ich eine Ansicht vertrat, die nach den neuen Arbeiten von Stanziale Ritsch, Israel, Karg, Marchand und namentlich nach der neuesten Publication Kromeyer's[1]) entschieden zu triumphiren bestimmt ist, sah vor mir das Feld offen, um einen neuen Beitrag zu dieser Frage der Psorospermosen mit Bezug auf das Carcinom zu bringen.

Erst jüngst ist auf dem Gebiete des Carcinom aus dem pathologischen Institute des Prof. Recklinghausen eine bemerkenswerthe Arbeit von Eugen Burchardt: „Ueber ein Coccidium im Schleimkrebs des Menschen und seine Dauersporencyste" [2]) erschienen. Diese parasitäre Theorie des Carcinoms also, die Podwyssozki und Sawtschenko so wacker vertheidigt haben, während Andere, die einst ihre Anhänger waren, schon den Rückzug mehr oder weniger offen antreten, kann noch nicht als abgethan betrachtet werden. Aber die Publication Karg's und noch mehr die jüngste und werthvolle Arbeit Török's „Ueber die protozoenartigen Gebilde des Carcinoms und der Paget'schen Krankheit" [3]) haben voreilige Behauptungen zurückgewiesen und das Feld von vielen Irrthümern aufgeräumt. Und mir schien es, dass ich, mit Hilfe dieser beiden Publicationen und der zahlreichen, ihnen beigeschlossenen Illustrationen, aus meinen Präparaten Argumente ziehen könnte, um mich ein zweites Mal auf die Seite des Freundes Török zu stellen. Hatte ich aber auch wirklich hinreichende Gründe um dies thun zu können?

Bezüglich des dritten Problems endlich fand ich mich von neuem der nämlichen Frage gegenübergestellt. Waren vielleicht parasitärer Natur jene homogenen und glänzenden Massen von

---

[1]) Virchow's Archiv. Bd. 132. 22. April 1893.

[2]) Virchow's Archiv. Bd. 131, 2. Januar 1893.

[3]) Monatshefte f. prakt. Dermat. 1. März 1893. Bd. XVI. Nr. 5.

verschiedener Form und Grösse, die ich in den subepithelialen Schichten zu Nestern zusammengehäuft und zumeist den sogenannten Körperchen des Molluscum contagiosum so ähnlich sehend gefunden hatte? Oder waren es nicht vielmehr Degenerationsproducte, die man neben jene stellen musste, die von mir auf der seit langer Zeit an Pityriasis rubra [1]) erkrankten Haut vorgefunden wurden und die auch Török in den vorgeschrittenen Stadien des Lichen ruber angetroffen hat. [2])

Bei Pityriasis rubra beschrieb ich sie folgendermassen: „In allen von mir untersuchten Schnitten sieht man mitten in der Infiltration der obersten Lagen des Derma glänzende, entweder runde oder rundliche oder ovale, birn- oder auch keulenförmige Körperchen, welche sich nur schwach mit Orcein und schlecht mit Carmin und Hämatoxylin und mit Saffranin färben. Einzelne dieser Körperchen liegen vereinzelt, die Mehrzahl jedoch bildet Gruppen. Ihre Grösse variirt zwischen derjenigen eines rothen Blutkörperchens und derjenigen einer Epithelialzelle. Ihren Sitz haben dieselben immer sehr nahe am epithelialen Rande aufgeschlagen. In den Papillarüberresten und genauer an deren Spitzen liegen sie zerstreut.“ Und von derselben Neugierde angeregt, die mich heute anstachelt, setzte ich damals hinzu:

„Was mögen nun diese Körperchen sein? Gewiss nicht anderes als ein Degenerationsproduct, es wäre denn, man wollte in denselben auch hier, wie bei anderen Hautkrankheiten, wie es Mode geworden, Parasiten wittern.

Wenn es nun Degenerationsproducte sind, woher kommen sie denn? Mein sehr geschätzter Freund Török hat mir fast ganz identische Figuren an Präparaten gezeigt, die ihm zu seiner interessanten Arbeit „Ueber Lichen planus“ gedient haben. Dort gab Török, ohne die Frage lösen zu wollen, die Möglichkeit zu, dass es sich um Theile degenerirter Bindegewebsfasern, oder um degenerirte Infiltrationszellen, oder um

---

[1]) Tommasoli. Beitrag zur Histologie der Pityr. rubra. Monatsh. f. prakt. Derm. IX., 6, p. 250.

[2]) Török. Anat. d. Lichen planus (Wilson). Ziegler's Beitr. z. path. Anat. etc. Bd. VIII, p. 441.

Ablagerung von Hyalinschollen, wie man solche bei den gewöhnlichen Hyalindegenerationen antrifft, handeln könne."

Wie man sieht, stimmt die von mir damals gegebene Beschreibung dieser Körperchen der Pityriasis rubra vollkommen mit der gegenwärtigen Beschreibung der Körperchen, die Gegenstand meines dritten Problems bilden, vollkommen überein. Und auch jetzt fühlte ich mich gedrungen, zu wiederholen, dass sie „gewiss nichts anderes als ein Degenerationsproduct sind". Und die Thatsache ferner der tiefgreifenden Alterationen, die ich dieses Mal im elastischen Gewebe constatirte, sowie die andere noch wichtigere Thatsache der besonderen Färbung, die man in diesen homogenen Massen nach dem Taenzer'schen Verfahren zur Färbung des elastischen Gewebes erlangte, begründeten noch mehr den Verdacht, dass diese homogenen und glänzenden Massen ein Degenerationsproduct der elastischen Fasern sein könnten. Eine Publication Schmidt's „über die Altersveränderungen der elastischen Fasern in der Haut"[1]) stützte ganz besonders diese meine Vermuthung. In der That wird in derselben gesagt, „dass durch die Atrophie der Umgebung eine Aenderung der Substanz der elastischen Fasern unter zwei Formen erfolgt, welche sich in der Regel combinirt vorfinden: In einem Falle quillt dieselbe zu hyalinen Balken auf, im anderen zerfällt sie in glänzende Kügelchen, welche dann weitere Umwandlungen eingehen".

Eine andere jüngste Publication aber Du Mesnil de Rochemont's „Ueber das Verhalten der elastischen Fasern bei pathologischen Zuständen der Haut"[2]) belehrte mich, dass dieser Beobachter die Alterationen des elastischen Gewebes bei verschiedenen Hautaffectionen, darunter der senilen Atrophie der Haut, wie eben Schmidt, und der Verruca senilis seu seborrhoica, und auch in einem Falle von Lippencancroid untersucht hat. Mit folgenden Worten schloss Verfasser seine Arbeit: „Veränderungen der Fasern selbst (hyaline Quellung, Zerfall in glänzende Kügelchen) wie sie Schmidt beschreibt, habe ich in meinen Präparaten nicht nachweisen können". Ueberdies hat

---

[1]) Virchow's Archiv. Bd. 125, 2. (6. Aug. 1891) p. 244.

[2]) Arch. f. Derm. u. Syph. 1893. Heft IV, p. 577.

Schmidt seiner überaus interessanten Arbeit keine Figur beigefügt, wodurch nützliche, wenn nicht entscheidende Vergleiche mit meinen Präparaten möglich gewesen wären. Auch gegenüber diesem dritten Problem gelang es mir also nicht, jeden Zweifel zu beseitigen, und daher entschloss ich mich meine Fragen der massgebenden Beurtheilung meines geehrten Freundes Dr. Philippson (Director des pathologischen Laboratoriums im dermatologischen Institute Unna's) zu unterbreiten, welchem ich meine Präparate zusammen mit einigen Hautstückchen einsandte.

Dr. Philippson theilte mir mit der ihm üblichen Liebenswürdigkeit mit, dass er auch zwei Fälle gesehen habe, bei welchen er, ausser den Läsionen des Ulcus rodens am Gesichte, einige Warzen am Halse, an den Ohren und am Handrücken beobachtet hat. Er hat jedoch die histologische Untersuchung nicht ausgeführt, also war mein Fall für ihn von dem grössten Interesse. In Bezug nun auf die von mir aufgestellten drei Probleme erklärte er mir, er sei fest überzeugt, dass die epitheliomatöse Natur der Läsion, wie oberflächlich und gutartig auch selbe sein mag, nicht ausgeschlossen werden könnte; auch könnten die grosse Zahl von Mitosen und die epitheliale Wucherung in Form von schönen Knospen, wie sie auf der Taf. IV, Fig. 2 zu sehen sind, keine andere Deutung zulassen.

Um nun mit grösserer Sicherheit den Ursprung der Krankheitserscheinungen, die in den Epithellagen nachgewiesen wurden, und insbesondere die Natur jener kernlosen runden, homogenen und glänzenden Körperchen, die man zwischen den Epithelzellen beobachtete, festzustellen, hat Philippson die verschiedensten Färbungsmethoden angewendet, in erster Linie das Weigert'sche und von Kromeyer modificirte Verfahren zur Färbung des Fibrin (Verhandl. der deutsch. derm. Gesellsch. 3. Congress, geh. in Leipzig 17.—19. September 1891).[1] Bei Anwendung dieser Methode, die der dermatologischen Histologie bereits so schöne Dienste erwiesen, ist natürlich Dr. Philippson von dem feinen normalen Bau der Epithelzellen nach Ranvier's Untersuchungen ausgegangen und hat nach und nach die

---

[1]) Arch. f. mikr. Anat. Bd. XXXIX, p. 141 und Arch. f. Derm. u. Syph. Ergänzungsheft I. 1892, p. 306.

verschiedenen Modificationen studiert, welche die Epithelfasern und die Fibrinfäden in den Interspinalenräumen darboten. Dadurch hat er nachweisen können, dass in unseren Schnitten als sehr intensiv gefärbte Massen zweierlei Gebilde deutlich hervortreten: ziemlich gleichmässig gefärbte rundliche Körperchen von der Grösse einer Epithelzelle und Epithelzellen mit dicken, innig verfilzten dunkelgefärbten Fasern. Zwischen beiden Formen hat er zahlreiche Uebergänge gesehen, und zwar dunkel gefärbte Fasern, welche ein ungefärbtes Centrum (die Kernhöhle) umgeben (s. Fig. 4, Taf. V); dunkel gefärbte Fasern, welche zum Theil verschmolzen sind und nur ein sehr kleines farbloses Centrum einschliessen; ein centrales rundes Gebilde, welches seine Herkunft aus Fasern noch zum Theil erkennen lässt, mit strahlenförmig nach allen Richtungen auslaufenden dünnen Fortsätzen; runde grössere Gebilde, welche in verschiedenen Theilen verschieden stark gefärbt sind.

Diese von Philippson nach der Fibrinfärbungsmethode beobachteten Alterationen wurden zum grossen Theil auch von Kromeyer constatirt (loc. cit. pag. 306) „bei einem Epitheliom gutartiger Natur“. Sie sind ein deutlicher Beweis dafür, dass die Epithelzellen einem Degenerationsprocesse anheimgefallen sind, der sich vor Allem durch eine Verdickung der Epithelfasern bekundet und bis zur Verschmelzung derselben vorwärts schreitet. Es ist logisch aus diesem Degenerationsvorgange, den man nach der Fibrinmethode Schritt für Schritt verfolgen kann, die hyaline Umwandlung der Epithelzellen hervorgehen zu lassen. Sämmtliche Zellenalterationen, die wir in den Epithellagen gefunden haben, und die kernlosen, runden, homogenen, glänzenden Körperchen, die zwischen den einzelnen Zellen angetroffen wurden, wären demnach nichts anderes als Producte dieser hyalinen Degeneration.

Um endlich die nicht minder interessanten Alterationen des Derma zu begreifen und die Natur dieser anderen homogenen und glänzenden Körperchen festzustellen, die dessen oberflächlichste Lagen bevölkern, hat sich Philippson der besten unter den von Schmidt (loc. cit. p. 242) erwähnten Methoden behufs Studium der Alterationen des elastischen Gewebes, speciell der Weigert'schen Methode und des üblichen

Taenzer'schen Verfahrens mit nachfolgender Methylenblaukernfärbung bedient: Nach der ersten Methode (Fibrinmethode) lassen sich diese fraglichen Körperchen in allen Nüancen blau färben. Dr. Philippson waren die Alterationen, die meine Präparate aufwiesen, nicht unbekannt, da er ähnliche Bildungen bei den verschiedensten Hautaffectionen beobachtet hat, und auch er hält dafür, dass man sie mit den von Schmidt hervorgehobenen Alterationen identificiren könne. Also auch nach Dr. Philippson muss die parasitäre Natur dieser im Derma vorgefundenen homogenen und glänzenden Körperchen zurückgewiesen werden. Auch im Derma befinden wir uns somit gegenüber den Producten einer hyalinen Degeneration, die uns zum Theile die hyaline Degeneration des Epithels erklärt.

Nach diesem massgebenden Urtheile hatte ich keine Schwierigkeiten mehr anzunehmen, dass ich mich auf dem Handrücken einer Reproduction des Ulcus rodens am Gesichte gegenüber befand, die jedoch unter einer milden Form sich zeigte. Hält man sich die klinische Beobachtung und die Resultate der histologischen Untersuchung gegenwärtig, so würde der Process etwa folgendermassen vor sich gehen: An einer umschriebenen Stelle des Epithels entwickelt sich eine gleichmässige Verdickung des Stratum spinosum, an welche sich eine hypertrophische Verhornung anschliesst. Die Verhornungsanomalie kennzeichnet sich klinisch durch Knötchen und hornige Warzen am Handrücken, anatomisch durch längeres Erhaltenbleiben des Kernes, des Stachelpanzers und überhaupt der ganzen Form der Epithelzellen. Sie führt in rein mechanischer Weise zu einer seitlichen Zusammenpressung der unter ihr gelegenen Papillen und zu einer Abflachung und Schräglagerung der an der Peripherie gelegenen Papillen und Epithelleisten. In weiterer Entwickelung kommt es zu einer atypischen Epithelproliferation, welcher sich als Reaction in dem Cutisgewebe eine Leucocytenauswanderung zugesellt oder auch wahrscheinlich vorangeht. Die Epithelproliferation entspricht in ihrer Form derjenigen beim Epithelkrebs, sie ist aber, da wir es hier bereits mit der auf dem Höhestadium der Entwickelung befindlichen Neubildung zu thun haben, eine viel oberflächlichere und führt nicht zu Krebsnestern in dem Bindegewebe.

Mit der Wucherung des Epithels in der Form von kleinen Knospen in den oberflächlichen Cutislagern tritt zu gleicher Zeit eine hyaline Degeneration des Protoplasmas der mitotischen Zellen ein, die sich hier Schritt für Schritt verfolgen lässt. Die kolliquative Necrose der Epithelzellen mit und ohne mitotischen Kern sieht man hier sehr selten. Endlich wird die Infiltration des Papillarkörpers eine geringere. Das Stratum spinosum ist entweder normal dick oder sogar etwas niedriger; dementsprechend ist auch der Papillarkörper entweder von normaler Höhe oder bereits niedriger resp. ganz verstrichen und es endet der Process spontan mit Hinterlassung einer oberflächlichen Cutisatrophie und mit der hyalinen Degeneration der elastischen Fasern, vielleicht auch der Bindegewebsfasern, in Form von homogenen, glänzenden Körperchen.

Ich fühle mich gedrungen, einen solchen Process an die Seite der Paget'schen Krankheit zu stellen, ebenso wie Karg letztere Affection neben das Ulcus rodens, und mit demselben Vorbehalt, gestellt hat. So besitzen wir ein neues Glied, um es an die schon bekannten in der langen Kette der epithelialen Neubildungen anzureihen.

Das erste Glied dieser langen Kette könnte, meines Erachtens, durch das Epithelioma Molluscum (Molluscum contagiosum) dargestellt sein, bei welchem die grösste Anzahl degenerirter Zellen vorkommt und der höchste Grad der Oberflächlichkeit und dauernder und absoluter Gutartigkeit vorhanden ist. Um den Begriff von Malignität, der gewöhnlich mit der Bezeichnung: Epitheliom verbunden wird, auszuschliessen, könnte man dieser Krankheitsform den Namen „Molluscum epitheliomatoïdes" beilegen. Neben dieses erste Glied möchte ich stellen das „multiple benign cystic epithelioma of the skin" von J. A. Fordyce[1]) und das „Epithelioma folliculare" von Lache und Jsrael.[2])

Ein zweites Glied könnte gebildet werden von allen jenen oberflächlichen Hautaffectionen (die verschiedenen epitheliomatogenen Keratoepidermitiden, darunter z. B. das Eczema epi-

---

[1]) Journ. of cut. and genito-urin. Diss. Dec. 1892.

[2]) Virchow's Festschrift. Berl. dermat. Gesellsch. 3. Mai 1892.

theliomatodes Colomiatti's, die Lentigo senilis Hutchinson's, die Verruca seborrhoïca, das Epithelioma syphiloïde Fournier's, ferner die gutartigen epithelialen Cystadenome und die verschiedenartigen epithelialen Naevi), bezüglich welcher gesagt werden kann, dass das wahre Epitheliom latent oder in Embryoform vorhanden ist, in Folge der chronischen Hypertrophie der epithelialen Lagen, und sich eventuell nur entwickelt, wenn günstige Entwicklungsbedingungen sich einstellen.

Bei dem gegenwärtigen Stande der dermatologischen Wissenschaft könnte es scheinen, dass an diese verschiedenen Affectionen — die den Keim des Epithelioms oder die Möglichkeit in sich schliessen, in einem bestimmten Momente in Epitheliome sich umzuwandeln — hier nur unpassenderweise erinnert wurde. Wenn aber das Studium derselben ein vollkommeneres sein wird, und wenn wir in der Lage sein werden, das Wie und Warum dieser Umwandlungen zu ergründen, dann wird man vielleicht die Erfahrung machen, dass es wohl möglich sei, den Eintritt dieser Umwandlungen auch lange vorher vorauszubestimmen, und in einem solchen Falle wird man nicht mehr behaupten können, dass ich hier unpassend daran erinnert habe, und man wird auch zugeben, dass meminisse juvabit.

Das dritte Glied könnte repräsentirt sein durch dem meinigen analoge Fälle, bei welchen ein epitheliomathogenes Keratom (Akrokeratom in meinem Falle) vorhanden ist, und bei welchem das wahre Epitheliom bereits in der Entwicklung war, jedoch durch eine Kraft, die für uns noch ein Geheimniss bleibt, in seiner Entwicklung gehemmt wurde. Für diese Fälle würde die Bezeichnung: abortive Epitheliome oder Pseudo-Epitheliome sich eignen.

Als folgende Glieder würden sich daran reihen: sämmtliche wahre aber oberflächliche Epitheliome mit langsamem oder pseudogutartigem Verlaufe. Unter diesen nimmt den ersten Platz ein, als oberflächlichste Form, die Paget'sche Krankheit, die von den Franzosen allzu voreilig unter die Psorospermosen eingereiht wurde, die jedoch von Besnier sehr treffend als épithéliomatose eczématoïde bezeichnet wurde. Hierauf folgen die vielen Varietäten

oberflächlicher Epitheliome mit den verschiedenen Bezeichnungen von Epithelioma papillar, epidermicum, pavimentosum, adenoïdes. Diesen ist beizuzählen das Ulcus Jacob's oder Ulcus rodens, dessen lange Dauer wir auch in unserem Falle gesehen haben, bevor es seinen Schein von Gutartigkeit verlor.

Ein weiteres Glied in der Kette ist repräsentirt durch die gleichfalls oberflächlichen Epitheliome jedoch mit raschem Verlaufe, wodurch sie rasch in die Tiefe greifen und bösartig werden: das maligne Cancroïd, das Ulcus crateriforme Hutchinson's, das sogenannte Xeroderma pigmentosum Kaposi's, welches ich lieber mit Manassei Ipercromia verrucosa maligna oder noch besser mit Besnier Epithéliomatose pigmentaire nennen möchte.

Als letzte Glieder hätten wir schliesslich die tiefen, terebranten oder bösartigen Epitheliome (Carcinome im engeren Sinne des Wortes), die sehr selten sind und die vielleicht besser als gemischte Formen von Epithelioma superficiale und Epithelioma profundum zu betrachten wären.

Es bliebe nun noch festzustellen, um ein letztes Wort in Bezug auf meinen Fall zu sagen, womit seine Form von Epithelioma abortivum zusammenhängt, oder welchem Umstande man dessen spontane Heilung zuzuschreiben hat. Aber ich sehe mich gezwungen, denselben Schluss zu ziehen, den Karg bezüglich des Epithelioma erythematoïdes formulirt hat: „Was bei Paget's Disease den Einbruch der wuchernden Epithelien in das Bindegewebe erschwert und die Epithelerkrankung so lange auf sich selbst beschränkt, ist schwer zu sagen."

Wie Karg und wie Darier stimmen fast alle Pathologen in der Annahme überein, „dass dabei vielleicht die ausgedehnte kleinzellige Infiltration der Cutis eine Rolle spielt, durch welche die Lymphspalten der Haut, die natürlichen Verbreitungswege des Carcinoms, verlegt werden müssen".[1]) Ich muss aber gestehen, dass dieser Erklärungsgrund mich unbefriedigt lässt, oder dass ich ihn wenigstens unzureichend finde. Indem

---

[1]) Karg, loc. cit. p. 168.

Unna[1]) constatirt hat, dass die Epitholiome mit langsamerem und daher gutartigerem Verlaufe die sind, bei welchen die Zelleninfiltration der Cutis vorwiegend von Plasmazellen gebildet ist, schreibt er diesen ausgedehnten Plasmomen das Verdienst zu, ein Hinderniss für die Entwicklung des Epithelioms abzugeben. Aber auch diese Meinung scheint mir noch nicht begründet und voreilig zu sein, und sie enthebt uns nicht von der Aufsuchung anderer Wege, um zu einer hinreichenden und befriedigenden Erklärung zu gelangen. Ich für meinen Theil glaube, dass, wenn wir noch fortfahren müssen, diese Neubildungen als „le produit d'une déviation dans la nutrition des cellules, d'une perturbation apportée à l'activité et au déveleppement normal des protoplasmas et de leurs noyaux", [2]) wie es Brault, im Einklang mit der Mehrzahl der Autoren, behauptet hat, zu betrachten, wir dann die Ursache der Gutartigkeit einiger dieser Neubildungen mehr als in etwas anderem in den Verschiedenheiten dieser déviations dans la nutrition werden suchen können. Und ich glaube, dass dort, wo die Zahl der Epithelzellen, die irgend eine Degeneration, wie z. B. die hyaline Degeneration erleiden, grösser ist, man es eben dieser Tendenz der Krebszellen zu degeneriren, zuzuschreiben habe, wenn die Epithelwucherung keine Wurzel fasst.

Wir haben in unserem Falle gesehen, dass viele Epithelzellen existirten, bei denen der Nucleus in Mitose begriffen war und das Protoplasma bereits die wahrscheinlichen Zeichen der hyalinen Degeneration darbot. Vielleicht haben wir in diesem Contraste zwischen Kern und Protoplasma, nämlich zwischen dem zuerst vom Kerne erfahrenen Anstosse Krebszelle zu werden und dem Unvermögen des ganzen Zellenkörpers diesem Anstosse zu folgen, dieses Geheimniss zu suchen. Aber jede diesbezügliche Behauptung wäre voreilig. Und ich weiss nun nichts Besseres zu thun, als dass ich allen Jenen, die beabsichtigen, die Forschungen in dieser Richtung fortzusetzen, und

---

[1]) P. G. Unna. Ueber die Bedeutung der Plasmazellen für die Genese der Geschwülste der Haut etc. Berliner klinische Wochenschrift. 1892, p. 1240.

[2]) A. Brault. De l'origine non bactérienne du Carcinom. Archives gén. de Méd. 1885, Taf. II.

die es für nützlich erachten, meinen Fall neuen Studien zu unterziehen, alle jene im Alcohol aufbewahrten Hautstückchen, die mir von meinem Falle übrig geblieben sind, zur Verfügung stelle.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. IV—VI.

Taf. IV. Fig. 1. Koristka. Oc. 3. Ob. 3 (Vergr. 75.) Hämatoxylin. Verschiedene Formen von Keratoma verruc. In der centralen, felsenartigen Hornmasse sieht man die nucleären Reste bis zu den oberflächlichsten Hornlagern. Seitlich hypertrophische Papillen.

Taf. IV. Fig. 2. Idem. Oc. 3. Ob. 5. (Vergr. 135.) Hämatoxylin. Unter einer dieser, mit nucleären Resten erscheinenden Hornmasse sieht man die Epithelialwucherung in Form von eleganten rundlichen Knospen. Starke Infiltration in Umgebung.

Taf. V. Fig. 3. Idem. Oc. 4. Ob. 8. (Vergr. 720.) Carbolfuchsin. Progressive Veränderungen der Epithelzellen. Rundliche, glänzende Körperchen mit mitosischem Kerne. Idem ohne Kern.

Taf. V. Fig. 4. Idem. Oc. 3. Ob. Immersion $^1/_{12}$ Zeissl. (Vergr. 1100.) Weigert's Färbungsmethode. Sieht man einige Epithelzellen, bei denen die Epithelfasern progressive Veränderungen und zwar Verdickung, innige Verfilzung und Verschmelzung der Epithelfasern bis zur hyalinen Umwandlung der Epithelzelle zeigen.

Taf. VI. Fig. 5. Idem. Oc. 3. Ob. 8. (Vergr. 380.) Orcein. Deutliche Veränderungen des elastischen Gewebes. Dunkle, homogene, unregelmässige Körperchen in den oberflächlichsten Lagen des Derma und im Stratum papillare.

Taf. VI. Fig. 6. Idem. Oc. 3. Ob. 3. (Vergröss. 75.) Hämatoxylin. Regressive, athrophische Veränderungen.

Fig. 1.

Fig. 2.

P. Tommasoli: Epithelioma verrucos. abortiv.

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.

Fig. 3.

Fig. 4.

P. Tommasoli: Epithelioma verrucos. abortiv.

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.

Fig. 5.

Fig. 6.

P. Tommasoli: Epithelioma verrucos. abortiv.

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag

Ueber Cysticercus cellulosae in der Haut des Menschen.

Von

Prof. **Georg Lewin** in Berlin.

I. Theil.

Schon 1877 habe ich in den Annalen der Berliner Charité sowie in Eulenburg's Real-Encyklopädie Arbeiten über den Cysticercus cellulosae publicirt. Wenn ich mich jetzt wiederum über dies Thema auslasse, so hat dies verschiedene Gründe. Die Aufmerksamkeit auf Hautfinnen, wenn auch gegen früher vermehrt, steht auch jetzt keineswegs zur Wichtigkeit des Parasiten im richtigen Verhältniss, wie dies durch die Thatsache bewiesen wird, dass z. B. Fälle, in welchen der Cysticercus in der Haut Geschwülste anderer Art, wie z. B. Gummata, vortäuscht, nur von mir publicirt worden sind. Noch geringer ist die Casuistik solcher Kranken, bei welchen die in der Haut aufgefundenen Finnen die Diagnose gleichzeitiger, in inneren Organen, namentlich im Gehirn vorhandener Finnen ermöglichten — Vorkommnisse, welche gerade in der letzten Zeit in meiner Praxis sich auffallend vermehrt haben. Diese meine eigenen Fälle, welche in dieser Arbeit zerstreut stehen, theile ich in drei Kategorien, und zwar 1. solche, in welchen die Hautfinnen keine oder nur locale Beschwerden veranlassten; 2. in solche, welche für Gummata gehalten und mit antisyphilitischen Curen behandelt worden sind; 3. solche, welche neben Hautfinnen auch Stö-

rungen mannigfacher Art, namentlich des Gehirns verursachten, und die in Berücksichtigung der Haut-Gummata für specifisch gehalten und dem entsprechend falsch behandelt worden sind.

Geschichtlicher Ueberblick.

Die Finnigkeit des Schweines war schon den Griechen bekannt. Aristoteles nannte die Finnen *χαλάζαι*. Aristophanes [1]) erwähnt sie in einem Lustspiel.

Die thierische Natur des Entozoen wurde erst 1688 von Ph. J. Hartmann [2]) nachgewiesen; hundert Jahre später entdeckte sie Götze [3]) in einem ihm von Meckel d. Ae. zugeschickten Präparate.

Wer zuerst Cysticercen intra vitam beim Menschen nachgewiesen, darüber existiren verschiedene Auffassungen. Rumler [4]) fand 1650 bei einer Section „pustulae in capite supra duram meningem erosâ ipsa et cerebro per foramina eminente pluribus in locis". Blanchard [5]) erklärt diese Pustulae für Finnen. Derselbe Autor führt auch Panarolus an „en vit également sur le corps d'un prêtre épileptique". Wharton [6]) referirt einen Fall, in welchem bei einem Soldaten, welcher erfolglos eine Schmiercur gebraucht hatte „salivationem inuncto mercurio sed frustra glandulas in brachiis et femoribus movebis. Glandulae erant sanae valde numerosae, modo racetim crescentes sub cute, mobiles, indolentes". Ueber eine grössere ausgeschnittene Glandula äussert sich W. „quae citia ullum putridum aut corruptum humorem tota ex solida glandulosa atque alba carna constabat".

Es ist schwierig zu entscheiden, ob die von den 3 Autoren beschriebenen Gebilde Finnen waren oder nicht. Auch Huber [7]) hegt berechtigten

---

[1]) Im Lustspiel „Die Ritter" droht ein Sclave dem Kleon: Ja, beim Himmel, wir wollen ihm einen Pflock ins Maul stecken, wie die Köche es (mit den Schweinen) machen, dann die Zunge herausziehen, und wenn er nun brav und tüchtig das Maul aufsperrt, wollen wir hineingucken bis zum Hintern, ob der Kerl Finnen hat. — Diese Stelle zeigt, dass die atheniensischen Köche schon eine Untersuchung auf Finnen ausübten. — Diese Notizen verdanken wir J. Hirschberg, der noch weitere interessante, entsprechende Mittheilungen in der Berl. medic. Wochenschrift 1892 p. 363 gibt.

[2]) Hartmann. Ephemerid. Acad. nat. cur. Dec. II. Anno 11 p. 58.

[3]) Götze. Neueste Entdeckung, dass die Finnen im Schweinefleisch keine Drüsenkrankheit, sondern wahre Bandwürmer sind. Halle 1784.

[4]) Rumler. Observ. med. 1558. Obs. LIII, p. 32.

[5]) Blanchard. Traité de Zoologie médic. Paris 1889. I. p. 392.

[6]) Th. Wharton. Adenographie. London 1656. Salp Bonetur Sepulchretum Genevae 1679 p. 1541.

[7]) Bibliographie der klinischen Medicin. München 1891. Werthvolle Sammlung und Benützung der betreffenden, bisher publicirten Literatur.

Zweifel. Leuckard und Küchenmeister sprechen sich in Wharton's Fall für Finnen aus.

Zwei Jahrhunderte später sprach Peter Frank[1]) in seiner Arbeit über Blasenwürmer die Vermuthung aus, „dass die kleinen Knötchen, die er öfter in der Haut sonst gesunder Menschen fand, den Cysticercus enthielten". Als solche Kranke führt er zwei Männer an, die er in Mailand und Petersburg beobachtet hatte. Beide zeigten „unzählige Knötchen von Erbsengrösse bis zu der eines Taubeneies und darüber im Gesichte. Später machte Werner,[2]) Prosector in Leipzig, die erste Beobachtung einer Finne im Musc. pectoralis eines ertrunkenen Soldaten.

Danach scheint, nach Rudolphi's Angabe,[3]) Chabert bei einem jungen Mädchen eine Finne unter der Zunge entfernt zu haben. Ob Dupuytren's[4]) „ver vesiculair dans le muscle grand peronier" ein Cysticercus gewesen ist, muss dahin gestellt bleiben. Der Erste, welcher die Diagnose auf Cysticerken intra vitam stellte und durch Exstirpation erhärtete, war Krukenberg[5]) und zwar bei einem Kranken, der gegen 40 solcher Tumoren am Körper zeigte. Krukenberg's Schüler Uhde[6]) und Stich[7]) bewiesen sich als ebenbürtige Diagnostiker. Der Erste exstirpirte bei einem 18jähr. Schlosserlehrling aus dem Musc. pectoralis eine Finne. Stich dagegen hat diese Parasiten der Haut durch Excision bei 4 Kranken nachgewiesen.

Seine Fälle sind folgende: 1. Eine 34jähr. Witwe hatte eine Anzahl linsengrosser Geschwülste, welche für Gichtknoten gehalten wurden. Ein Knoten wurde exstirpirt. In den folgenden drei Jahren sollen die Finnen „nach und nach bis auf einen geschwunden sein".

2. Bei einer 36jähr. Frau fanden sich zahlreiche überbohnengrosse Tumoren, namentlich dicht gedrängt auf den Glutaeen. Die Section wies 400—500 Finnen nach. Auch in der Herzmuskulatur sassen zwei nahe der äusseren Wand.

3. Ein Kranker hatte schon seit 3 Jahren Geschwülste am Körper bemerkt. Stich fand 43 im subcutanen Bindegewebe und in den oberflächlich gelegenen Muskeln.

4. Ein syphilitischer Mann hatte 37 haselnussgrosse Geschwülste an den Armen, Beinen und Rumpf. Sie waren irrthümlich für Gummata gehalten und mit Quecksilberbäder und Jodkalium ohne Erfolg behandelt worden.

---

[1]) Frank. Behandlung der Krankheiten des Menschen. Uebersetzt von Soberahend. 1839. X. p. 135.

[2]) Werner. Verm. intest. bev. ex pos. continuatio secunda. Lipsia 1786 p. 7.

[3]) Rudolphi. Encyklopäd. Wörterb. d. med. Wissensch. Bd. IX, p. 89.

[4]) Dupuytren. Leç. orat. de clin. chir. Paris 1839. II. 186.

[5]) Krukenberg. Sendhe Diss. Cystic. cellul. Halle 1843 p. 30.

[6]) Uhde. Deutsche Klinik. 1851. Nr. 40.

[7]) Stich. Annal. der Charité. Berlin 1854 p. 169.

Nach Stich wurden mehrere Fälle publicirt, in welchen Cysticerken zwar aufgefunden wurden, ohne dass dieselben jedoch vorher diagnosticirt waren.

Lafette.[1]) Ein 25jähr. Maurer hatte eine den Gebrauch der Hand hemmende und eine Beugung des kleinen Fingers bewirkende taubeneigrosse Geschwulst an der Ulnarseite der rechten Hand.

Lancereaux.[2]) Eine 43jähr. Lumpensammlerin zeigte über 1000 Geschwülste über dem ganzen Körper, olivenkern- bis haselnussgross. Ein Tumor fand sich unter der Zunge, einige in den Masseteren.

Dumreicher.[3]) Ein 25jähr. Tischler hatte einen Tumor an der r. vorderen Temporalgegend, von der Grösse einer gequollenen Erbse.

Höcker[4]) beobachtete bei einem Manne innerhalb eines operirten Psoasabscesses die Finnen.

Frankenhauser[4]) fand bei einer Frau mehre Finnen am Vorderarme.

Dolbeau[5]) stellte 1861 in der Societé anatomique de Paris ein 24jähriges Mädchen vor, welches eine haselnussgrosse Geschwulst in der Stirngegend zeigte, die er für eine Balggeschwulst gehalten hatte, sich aber als Cysticercus entpuppte.

Gros[6]) fand in einem linsengrossen Tumor der rechten Augenbraue eine Finne bei einem 21jährigen Mädchen, welches seit einem Jahre an Zahnschmerzen der rechten Gesichts-Hälfte gelitten hatte.

Nicoladoni[7]) publicirte einen Fall, in welchem bei einem Kranken ein Cysticercus im Unterhautzellgewebe der rechten Schläfengegend gefunden wurde.

Sidney Jones[8]) fand den Wurm bei einer 20jährigen Frau in der Unterlippe.

v. Graefe[8]) berichtet über eine Anschwellung im rechten unteren Augenlide, welche sich allmälig vergrösserte und das Augenlid verdrängte. Er gesteht selber, dass er ausser Stande gewesen, eine Diagnose zu stellen.

In dem darauf folgenden langen Zeitraum schweigt die Literatur über Cysticercus. Erst von 1874 an war es mir vergönnt bei einer grösseren Anzahl von Kranken den Parasiten zu diagnosticiren.[9])

---

[1]) Lafette. Abcitte méd. XXX. 28. Jan. 1869. Schmidt's Jahrb. Bd. 164, p. 187.

[2]) Arch. généz. 1872. Nov. p. 543.

[3]) Wiener med. Presse. 1872 p. 425.

[4]) Conta's Zeitschr. f. Epidem. u. öffentl. Ges. N. F. III. Jahrg. 1872 p. 154.

[5]) Bullet. Soc. anat. Paris 1861. 2 Ser. Tom. VI.

[6]) Gaz. de hôp. 1871. Nr. 118.

[7]) Wiener med. Presse. 1872.

[8]) Arch. f. Ophtalm. Bd. XII. p. 194.

[9]) Berl. Charité-Annal. 1877.

1. Bei einem 35jähr. Arbeitsmanne sassen 5 bohnen- bis haselnussgrosse Tumoren in der Nähe der rechten Brustwarze.

2. Bei einem 45jähr. Schlosser wurden circa 6 Tumoren an den verschiedensten Körperstellen gefunden, wobei sich namentlich zwei auf dem Kopfe durch Ueberhaselnussgrösse und Härte auszeichneten.

3. Bei einem 25jähr. Kaufmann sassen zwei Cysticerken in der rechten Vola manus.

4. Bei einem 27jähr. Oekonom fanden sich 5 Cysticerken auf den rechten Glutaeen, 7 auf dem linken Vorderarme und 2 in der rechten Wade.

5. Bei einem 25jähr. Tischler sassen an den verschiedensten Körperregionen Tumoren, so namentlich auf Brust und Rücken.

6. Ein 36jähr. Zimmermann, welcher mich wegen eines chronischen Ekzems consultirte, litt seit 1/2 Jahr an einer kleinen Geschwulst in der Mitte des rechten Handrückens. Sie soll linsengross gewesen sein, wuchs aber zu der Grösse eines Taubeneies. In der letzten Zeit fing die Haut darüber an roth, schmerzhaft und heiss zu werden und ihn an Arbeiten zu hindern. Die Geschwulst machte den Eindruck eines furunculosen Abscesses. Die Punction entleerte eine kleine Quantität Eiter, in dem die Finne schwamm. Die bei den einzelnen Kranken durch die Finnen verursachten localen Beschwerden werde ich bei der Symptomatologie besprechen.

In Folge dieser Erfahrungen suchte ich durch Vorträge und schriftliche Arbei en die Aufmerksamkeit meiner Collegen auf die Wichtigkeit des Befundes zu lenken. Der Erfolg war günstig, wie folgende seitdem publicirte Casuistik zeigt.

Litten (Jahresbericht d. schles. Gesellsch. f. vaterländ. Cultur 1875. Breslau 1876. p. 190). Bei einem 50jähr. Schäfer fand sich seit 15 Jahren eine Menge Cysticerken unter der Haut.

Broca (Gaz. des hôpit 1876 Nr. 24). Ein 27jähr. Kutscher bekam plötzlich harte indolente Hautknoten auf Brust, Rücken, Bauch, den Extremitäten, im Gesicht und Nacken. Sie waren länglich, von Linsen- bis Erbsengrösse.

F. J. Pick u. Fuchs (Demonstr. im Verein deutscher Aerzte. Prager med. Wochenschrift 1876). Solitäre, über walnussgrosse Cysticerkusgeschwulst im Unterhautgewebe oberhalb des linken Schulterblattes bei einem etwa 50jährigen Fleischer.

Rendu (Lyon méd. 1877. XXV. p. 474). Ein 40jähr. Mann zeigt einen harten, erbsengrossen verschiebbaren Tumor an der äusseren Seite des rechten Knies und eine grössere Anzahl gleicher Geschwülste an verschiedenen Körperregionen.

Paul Guttmann (Berl. klin. Wochenschr. 1877 p. 374). Bei einem 63jähr. Schneider fanden sich über 36 subcutane, erbsengrosse Tumoren auf Rücken, Nacken, Armen, Brust und Bauch. (Gleichzeitig Taenia solium.)

Idem (ibidem 1879. p. 279). Ein 49jähr. Maurer mit zahlreichen Tumoren auf Brust, Rücken, Oberarm, einigen am Kopfe, Bauche und an den Oberschenkeln. — Rapid abnehmende Sehkraft des linken Auges.

Idem (ibidem). Ein Ackersmann mit cardialgischen Beschwerden hatte einen bohnengrossen harten Tumor im Epigastrium, der exstirpirt wurde.

Heimpel (Bayr. ärztl. Intelligenz-Blatt 1878. Nr. 12). Ein 22jähr. Artillerist bemerkte seit mehreren Wochen eine doppelte bohnengrosse Geschwulst in der Gegend der linken 9. Rippe, seit einigen Tagen schmerzhaft.

Fischer, Aschaffenburg (Berl. klin. Wochenschr. 1879 p. 730). Bei einem jungen Manne zeigte sich seit 14 Tagen eine taubeneigrosse Hervorwölbung am rechten Arme, wodurch die Bewegung des letzteren genirt war.

Schiff (Viertelj.-Schrift f. Dermat. und Syph. 1879. p. 276). Ein 26jähr. Mann mit zahlreichen subcutanen Tumoren von Erbsen- bis Haselnussgrösse, knorpelhart, leicht verschiebbar. Ich komme weiter unten auf diesen Fall zurück.

Duguet (L'Union médic. 1880, p. 572). Ein 27jähr. Mann mit Polyarthritis rheumatica. Hat seit einigen Monaten gegen 80 subcutane Tumoren, nur Gesicht und Genitalien frei davon. Anfälle von Verwirrtheit. Grosse Dosen von Natr. salicyl. — Nach 6 Monaten waren die Tumoren bis auf 6 oder 8 verschwunden.

Rufferi (L'Union méd. 1880 p. 1037). Ein 32jähr. Tischler hatte Schmerzen im Nacken und Reissen; seit 2 Jahren viel subcutane Knoten von Kirschen- bis Haselnussgrösse. Bandwurmglieder gingen ihm ab. Kopfschmerzen, Schwindel bis zur Bewusstlosigkeit.

Em. Frank (Allg. Wiener med. Zeitung 1880, Nr. 35). Ein 61j. Pfründner hatte plötzlich geistige Störung, epileptische Anfälle, Streckkrämpfe, Störungen des Bewusstseins und der Sensibilität. Section: diffuse Trübung der Hirnhäute mit chronischem Oedem, geringer Hydrocephalus internus, Cysticercus-Blase unter der Arachnoidea in der Mitte der vorderen Centralwindung bei der linken Grosshirn-Hemisphäre, ausserdem Cysticerken an der vorderen Wand des linken Herzventrikels, im Septum ventriculi; ebensolche Tumoren auf beiden Musculi pectorales majores und dem Musc. vastus des vorderen Oberschenkels. Intra vitam nicht beobachtet.

Weiss (Anzeig. der Wiener ärztl. Gesellsch. 1880, Nr. 10). Ein 24jähr. Mann hatte an zahlreichen Stellen des subcutanen Gewebes kleine, pralle, ovoide, leicht verschiebbare Tumoren; auf der Brust wurden 65 palpirt, fast ebensoviel an Hals, Bauch und den unteren Extremitäten, einer an der unteren Fläche der Zunge.

Hock (Wiener med. Wochenschrift 1883, Nr. 52). Cysticercus subretinalis bei einem 23jähr. Patienten, ohne Entzündung des Uvealtractus. Kopfschmerz, Aphasie, Neuritis optica. Zahlreiche Knoten im subcutanen Zellgewebe und in den Muskeln. Im Gehirn 20 Cysticerken.

Troisier (L'Union méd. 1882, Nr. 70). Ein 21jähr. Mann bekam 1881 in der rechten Wade 21 haselnussgrosse Tumoren, 4 am Halse, 2 an der Brust und je einen im Epigastrium auf dem Rücken, in der linken Leistengegend und an jedem Arm.

Talini (Gaz. méd. ital. Lomb. 1883, Nr. 25) referirt über zwei Fälle von Finnen am Kopf und in der Haut der Lumbalgegend bei einer 60jähr. Frau.

Rathery (Lyon méd. 1883, Nr. 42). Ein Patient mit Vitium cordis zeigte 18 Tumoren an den verschiedensten Körpertheilen, ohne locale oder allgemeine Beschwerden. Das Vitium cordis führte man auf einen Cysticercus im Myocardium zurück.

Lutz (Monatshefte f. prakt. Dermatol. 1886, p. 85) hat mehrere Fälle von Hautcysticerken beobachtet; es waren zahlreiche subcutane Knoten namentlich am Bauche und den Oberschenkeln von verschiedener Grösse vorhanden, so dass eine zweimalige Infection angenommen wurde. Einer sass im Präputium.

Loeb (Inaug.-Diss. Strassburg 1885—1886). Ein 31jähr. Dachdecker hatte seit 1884 Anorexie, Kopfschmerz, Schwindel, Augenflimmern, dann 1885 Knötchen am Bauche und anderen Körperstellen, im Ganzen etwa 170—180. Während des Hospital-Aufenthaltes entstanden noch immer neue Knoten.

Tomm. de Amicis. Tre nuovi casi di cysticerco cellulosae Napoli 1885. 1. 27jähr. Mann bemerkte vor 6 Jahren auf verschiedenen Körperstellen Knötchen, die sich sehr langsam von Hanf- und Erbsen- zur Oliven- und Mandelgrösse entwickelten, aber seitdem stationär blieben. Es waren im Ganzen 56; ein olivengrosses wurde aus der r. Hüfte excidirt. Die ersten mikroskopischen Untersuchungen fielen negativ aus bis 1883 das in Alkohol bewahrte Präparat mit Erfolg untersucht wurde. 1883 konnten von den 56 Tumoren nur noch 3 hanfgrosse gefunden werden.

2. 17jähr. Student, seit 2 Jahren über der rechten Augenbraue ein erbsengrosser beweglicher, indolenter, subcutaner Tumor. Syphilitische Polyadenitis, Roseola maculosa. Bei der Operation wurden neben dem Cysticercus 6 abgefallene Häkchen gefunden.

3. 29jähr. Friseur. Seit 3 Jahren Schwäche in den Extremitäten, heftiger Kopfschmerz und Schlingbeschwerden. Vor 2 Jahren unter Convulsionen bewusstlos hingefallen. Danach bemerkte er am Bauche einen Tumor von der Grösse einer Schrotkugel, später mehrere an verschiedenen Körperstellen. Abgang von Taenia-Gliedern. Präcordialschmerz. Im Ganzen 11 Tumoren.

Gellerstedt (Hygiea, Bd. XV p. 145). 47jähr. Frau. Seit mehreren Jahren Kopfschmerz, später Blödsinn. Tod. Unzählige Finnen in den Muskeln und im Gehirn.

Karewski (Vortrag i. d. Berl. med. Gesellsch.). 13. Nov. 1884 13jähr. Mädchen; erbsengrosse Blase unter der Schleimhaut des rechten Mundwinkels. Zarte durchsichtige Blase mit gelblicher Flüssigkeit; contractiler, gerunzelter Hals, 4 Saugnäpfe, Hakenkranz.

Germelmann. Dissert. Göttingen 1884. Cysticerken in der Conjunctiva palpebrarum.

Karewski (l. c.). 21. Februar 1885: Finne aus dem Musk. pectoralis eines 9jähr. Mädchens extrahirt, pflaumengross, hart, beweglich.

Karewski (l. c.). 17. August 1885: 9jähr. Mädchen, Tumor in der Mucosa der rechten Oberlippe.

Karewski (l. c.) October 1885: 25jähr. Frau mit wallnussgrossem Tumor der rechten Mamma, einem Adenom ähnlich, auf Druck schmerzhaft, von Musc. pectoralis nicht abhebbar. Bei der Exstirpation noch eine eitergefüllte Finnenblase im Musc. pectoralis gefunden.

Karewski (l. c.). 19. Januar 1886: 6jähr. Mädchen mit rundem hartem, indolentem, subcutanem Tumor auf der rechten Kniescheibe. Bei der Exstirpation entschlüpfte einer sehr dicken Bindegewebskapsel ein Blasenwurm.

Karewski (l. c.). 9. Febr. 1886: 26jähr. Mann mit einem hühnereigrossen Tumor am rechten Oberarm. Bei der Operation zeigte sich eine von schwieligen starren Wandungen begrenzte Eiteransammlung, in welcher eine Finne mit reichen Kalkkörnchen war.

Karewski (l. c.). 17. Februar 1883. Ein $^3/_4$jähr. Knabe mit Abscess am inneren Winkel des rechten unteren Augenlides. Nach der Incision entleerte sich mit etwas Eiter eine erbsengrosse Finnenblase. Die Mutter litt am Bandwurm, das Kind war nur mit Kuhmilch genährt.

Karewski (l. c.). 6. October 1886: 2jähr. Mädchen mit perforirtem Abscess unter der Haut des Daumens. Bei Einführung des scharfen Löffels schlüpfte ein Cysticercus heraus. Bestand angeblich erst seit 8 Tagen.

Karewski (l. c.). 23jähr. Kaufmann mit Abscess am linken Glutaeus. Hatte seit Monaten daselbst einen kleinen, schmerzhaften, lästigen Tumor gefühlt. Litt an Taenia. Bei der Incision entleerte sich ein Cysticercus mit hämorrhagischem Eiter.

Giameti (Il Morgagni, 1888, I.). 60jähr. Frau. Anämie, welche mit einer abgelaufenen Pellagra in Verbindung gebracht wird. Tod. Zahlreiche Cysticerken in den Intercostalmuskeln und in der Zunge.

Hirschberg (l. c., p. 362). 3jähr. Mädchen. Bohnengrosse Auftreibung des unteren Augenlides, die unter dem Muskel lag.

Hirschberg (l. c.). $1^1/_2$jährig. Knabe. Am unteren r. Orbitalrand eine unter der Haut gelegene, erbsengrosse Blase.

Hirschberg (l. c.). 34jähr. Frau. Unter der Haut des unteren Augenhöhlenrandes eine bohnengrosse Blase.

Hirschberg (l. c.). 3jähr. Mädchen. Balggeschwulst des oberen Augenhöhlenrandes.

Ausser dieser Casuistik wurden noch folgende Dissertationen publicirt:

Ed. Lommer. Der Cysticercus im Muskel etc. Jena 1876.

Jos. Boyron. Étude sur la ladrerie chez l'homme. Thèse Nr. 83. Paris 1876.

Dressel. Ueber Cysticercus cellulosae. Berlin 1877.

J. Loeb. Ein Fall von multipl. Cysticerken. Strassburg 1887.

C. Gursky. Ein Fall von solitärem Cysticercus. Graifswald 1890.

Fr. Haugg. Ueber den Cysticercus cellulosae des Menschen. Erlangen 1890.

Aus obiger Uebersicht ergibt sich, dass in dem Zeitraume von der ersten Auffindung des Cysticercus bis 1875, also innerhalb zweier Jahrhunderte der Parasit nur achtmal intra vitam aufgefunden wurde. Von 1875 an, wo ich die Aufmerksamkeit meiner Collegen auf die Wichtigkeit des Befundes zu lenken versuchte und die Kriterien des durch den Parasiten erzeugten Tumors feststellte, sind circa 50 Fälle publicirt. Diese zwar häufigere Auffindung des Cysticercus steht trotzdem noch im Missverhältniss zu seinem wirklichen Vorkommen.

Häufigkeit des Vorkommens.

Cysticerken kommen beim Menschen relativ häufig vor und zwar häufiger als Echinococcus, fast gleich häufig wie früher Trichinen. Nach Försters, Zenkers, Grilhoms, Haughs, Müllers und Dressels Angaben fanden sie sich in 0·6—2$^0/_0$ aller Sectionen. Der Echinococcus wurde nach Angabe verschiedener Anatomen durchschnittlich in 0·4$^0/_0$, die Trichinen in 1—2$^0/_0$, in der letzten Zeit überhaupt sehr selten bei Sectionen aufgefunden.

Virchow (Charité-Annalen 1875—77) gibt folgende Procentzahlen der Finnen an:

1875 1,6$^0/_0$,
1876 1,3$^0/_0$,
1877 1,1$^0/_0$.

In der Berliner Charité in den Jahren 1875—1880 nachgewiesene Echinococcen beliefen sich auf 31; 1881 stiegen sie auf 8; 1887 auf 9; dann 1888 sanken die Zahlen auf 3.

Bei der Discussion in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 2. März 1892 erklärte Virchow, in den letzten 17 Jahren (1875—1891) 122mal bei seinen Sectionen die Finnen gefunden zu haben und zwar 104 allein im Gehirn.

Davon fielen				
1882	1	Finne	auf 31	Sectionen,
1890	1	„	„ 72	„
1891		„	„ 70	„
1875	1	„	„ 18	„

Dies enorme Verhältniss im Allgemeinen entspräche aber noch lange nicht der Wirklichkeit, weil das Gehirn in vielen Fällen nicht geöffnet würde.

Da aber das Gehirn keineswegs das Prädilectionsorgan der Cysticerken ist, diese vielmehr auch in andere Organe, so in das Auge, in die Lungen, ins Herz und namentlich in die Muskeln und das Unterhautzellgewebe [1]) (woher ihr Zuname Cysticercus cellulosae) einwandern, so scheinen alle angegebenen Procentverhältnisse, selbst die von Virchow hinter der Wirklichkeit zurückzubleiben.

Wenn die Sectionen die Bestätigung vermissen lassen, so erklärt sich dies einfach dadurch, dass viele Organe, vorzüglich auch die Haut und die Muskeln nicht hinreichend untersucht, noch weniger in hierzu nöthige kleinste Partikelchen zerschnitten werden. Für Berlin ist die Auslassung Virchow's von Bedeutung, „dass wir, wenn nicht ganz besondere Gründe vorliegen und besonders fühlbare Stellen sich bemerkbar machen, nicht dazu kommen, eine einigermassen genaue Uebersicht über die Zustände der Muskeln und Knochen zu gewinnen.“ Einen Beweis für die Häufigkeit der Finnen liefert auch der Befund des Auges. A. v. Graefe [2]) hat das Entozoon 100mal allein im Auge, Hirschberg [3]) etwa 70mal beobachtet, Germelmann in der Göttiger Klinik 11mal; v. Conta [4]) gibt an, dass in Sachsen-Weimar der Blasenbandwurm sehr häufig vorkomme, besonders in Städten und bei Männern.

Ueber die Häufigkeit der Parasiten in der Haut können wegen der mangelnden Untersuchungen keine genauere Angaben existiren. Die wenigen vorhandenen Daten sind deshalb auch werthlos. Nach Dressel fanden sich in 5300 Sectionen 87mal Cysticerken und davon 1·6% in den Muskeln. Haugg in Erlangen fand in seinen 29 Fällen 10 Finnen in der Haut und den Muskeln, Müller in 36 Fällen nur einen in den Muskeln, Grib-

---

[1]) Bei Schweinen ist nach Angabe aller Helminthologen das Unterhautbindegewebe am häufigsten von der Finne befallen. Was den Menschen betrifft, so existiren die widersprechendsten Ansichten und zwar sind auch diese problematisch, weil Niemand ein auf Thatsachen, d. h. ein auf wirklich grossen Erfahrungen beruhendes Urtheil in Anspruch nehmen kann.

[2]) A. v. Graefe. Arch. f. Ophthalm. I. 1, 458; I. 2, 326; II. 1, 259; II. 2, 334; III. 2, 380; IV. 2, 171; VII. 2, 48; XII. 2, 174; XIV. 3, 143.

[3]) Hirschberg. Berl. med. Wchschr. 1892.

[4]) Conta. Leuckart. Die menschl. Parasiten. 2. Aufl. Blanchard. Zoologie médic. 1889. I., 339. Nach Hirschberg.

bohm in 6 Fällen einen in den Muskeln, Siewers in 5 Fällen einen in den Muskeln. Klob in Wien soll „bei 530 Obductionen 10 Finnen in den Muskeln gefunden haben". Virchow gibt an, dass während der letzten 17 Jahre nur 15 Fälle von Cysticerken in den Muskelen constatirt seien. „Ich bezweifle aber nicht, dass es hätten mehr sein sollen, dass eine grössere Zahl vorhanden war." Im Widerspruche mit dieser scheinbaren Seltenheit steht, dass im letzten kurzen Zeitraume, in welchem auf Hautfinnen geachtet wurde, diese relativ viel häufiger schon intra vitam aufgefunden wurden, so z. B. von mir in 14,[1]) von Karewski in 7 Fällen. Leuckardt behauptet nach seinen reichen Erfahrungen, dass bei notorischer Anwesenheit von Finnen im Gehirn solche auch höchst wahrscheinlich in der Haut sitzen und aufzufinden seien.

Aetiologie.

Der Cysticercus cellulosae ist der Finnenzustand eines im Dünndarme sich aufhaltenden Bandwurms, in dessen Eiern sich die zahlreichen Embryonen zum künftigen Cysticercus befinden. Die Infection des Menschen mit diesen Embryonen kann stattfinden direct durch die Eier der in unserem Darme befindlichen Taenia oder indirect durch die Eier, welche vom Bandwurm eines anderen Individuums herrühren.

Die Selbstinfection durch die Eier eines eigenen Bandwurms leugnen einzelne Autoren, so namentlich Virchow (l. c.). Zur Lösung dieser Frage müssen wir die zwei Wege der Selbstansteckung unterscheiden, den vom Magen und den vom Darm aus. Der letzte kann nur ausnahmsweise stattfinden, und wäre überhaupt nnr möglich, wenn nachgewiesen wird, dass einerseits der Eier schon im Menschendarm dem Bandwurm entschlüpfen

[1]) Ich muss hier gestehen, dass ich nicht zu allen Zeiten die zur Auffindung der Hautfinnen nöthige Aufmerksamkeit auf die Haut richtete; sonst wäre der Befund der Haut-Cysticerken ein viel grösserer gewesen. Ich rathe meinen Collegen, an die Kranken zuerst die Frage zu richten, 1. ob sie Bandwürmer haben oder gehabt haben, 2. ob sie Knötchen, Geschwülste etc. an sich bemerkt haben und dann erst die Haut zu besichtigen resp. zu palpiren.

und dass andererseits die Darmsecrete die Umhüllung der Taenia-Eier aufzulösen im Stande sind.

Die Möglichkeit des Ausschlüpfens der Eier im Darme nimmt Leuckart an, während Küchenmeister sie verneint. Den zweiten Punkt, die Lösung der Umhüllung im Darm, vertheidigt Klebs, der zugleich darauf hinweist, dass zu den Darmsecreten der Pankreassaft gehört, welcher das ungelöste Eiweiss des Chymus löst und in lösliche Peptone überführt. Gleichzeitig möchten vielleicht, wie ich meine, die im Darm sich entwickelnden Gase, wie die Kohlensäure und der Schwefelwasserstoff sich nicht neutral zu den Kalksalzen verhalten, sondern möglicher Weise die Lösung befördern. [1])

Was die Selbstinfection vom Magen aus betrifft, so handelt es sich darum, ob Glieder unserer eignen Taenia überhaupt aus dem Darm in den Magen gelangen können. Hierfür spricht allerdings eine Reihe von Thatsachen. Der Bandwurm sitzt zwar meistens im Dünndarm, doch ist er in einzelnen Fällen auch viel höher aufgefunden worden, selbst nahe dem Pylorus, von wo er dann leicht in den Magen gelangen kann. Dazu kommt noch, dass man darmaufwärts gelagerte Taenien in einzelnen, seltenen Fällen beobachtet hat, wo also die letzten Proglottiden sich immer näher dem Magen entwickelten und schliesslich in ihn schlüpfen konnten. Solche Befunde haben Siebold, Robin, Prunner u. A. publicirt. Dass auch ausserdem durch antiperistaltische Bewegungen Taenien in den Magen gelangen und erbrochen werden können, weiss jeder erfahrene Arzt. Interessante Beobachtungen darüber publicirten Rodinguez, Schenk, Vallisnieri, Lavallete, van Doeveren, Kuntzmann, Witthauer u. A.

Dass unsere Hände mit den Proglottiden unseres eigenen Bandwurms in Berührung kommen können, die Proglottiden dadurch in den Magen gelangen und man sich nach Art der Schweine mit Taenia-Brut inficirt, widerspricht, wie Leuckart hervorhebt, zwar unserem ästhetischen Gefühl, aber nicht der

---

[1]) Küchenmeister, Leuckardt, Blanchard etc. geben an, dass ich mich bestimmt für Klebs Ansicht ausgesprochen habe. Das ist nicht richtig. Ich habe nur Klebs Ansicht mitgetheilt und nur eine Hypothese von dem Einfluss beider Gase aufgestellt.

Wirklichkeit.[1]) Wendt, Birch-Hirschfeld erwähnen auch bandwurmkranke Koprophagen, bei denen Finnen im Gehirn aufgefunden wurden. Ausserdem sind noch manche andere Möglichkeiten der Selbstinfection vorhanden. Während des Schlafes gehen Proglottiden ab und können dann leicht auf die Hand übertragen werden. Noch häufiger können diese Bandwurmglieder, durch Schrumpfung und Austrocknen unkenntlich, in mannigfachster Art auf die verschiedensten Gegenstände gelangen und durch diese verschleppt werden. (Leuckart, Küchenmeister S. 691.) Auch beim Reinigen mit Gras u. dgl. nach einer Defäcation im Freien ist die Verunreinigung der Hände mit Taenia-Eiern möglich.

Uebrigens müssen, wie ebenfalls Leuckart angibt, in den Fällen, wo sehr zahlreiche Finnen im Körper vorhanden sind, wie z. B. bei Bonhomme, Lancereaux etc. nicht bloss ein Ei, sondern längere Gliederstrecken verschluckt sein.

Ich habe absichtlich diesen Punkt näher erörtert, nicht allein weil er für die Prophylaxis wichtig ist, sondern auch weil Virchow, wie erwähnt, mit seiner ganzen Autorität dagegen eintritt. Zwar gab er in der Discussion in der medicinischen Gesellschaft über diesen Gegenstand zu, dass „in exceptionellen Fällen die Möglichkeit nicht bestritten werden kann, dass ein von rückwärts in den Magen hineingedrängter Taenienstock daselbst Larven und Eier absetzen mag“, doch hält er die gleichzeitige Anwesenheit von Finne und Taenia mehr für eine Zufälligkeit. Wenn man eine gleiche Statistik von den Fällen, wo Taenien im Darm zugleich mit Cysticerken der innern Organe vorhanden waren, auch bei Trichinen anwendete, so würde man zu dem überraschenden Resultate gelangen, dass viel häufiger die Trichinen mit Taenien als wie mit Cysticerken zusammen vorkommen. Diese Behauptung, entgegne ich, könnte nur durch statistischen Nachweis bewiesen werden. Uebrigens würde auch eine solche Statistik die Frage doch nicht völlig lösen können. Taenien werden wohl, wenn sie nicht spontan abgehen, meist durch Medicamente abgetrieben, was nicht allein

[1]) Man denke nur, wie Hämorrhoïdarier namentlich bei hierbei nicht seltenem Pruritus mit ihren Händen das Rectum berühren.

von Aerzten, sondern auch von Kurpfuschern, wie bekannt, in grossem Massstabe, geschieht. Man muss also beim Kranken mit Finnen genau die Anamnese erforschen. Schliesslich ist es erforderlich Anthelmintica zu geben, selbst wenn der Kranke leugnet, Bandwurm zu haben. Ich verweise auf die in dieser Hinsicht beweisenden Fälle von v. Graefe, Hirschberg, von mir und Anderen. Hirschberg weist darauf hin, dass trotz der mangelnden Wirkung der Anthelmintica doch ein Bandwurm vorhanden sein kann, der später abgeht, wie dies der weiterhin mitzutheilende Fall beweist. Dass übrigens die Coincidenz von Taenia solium und Cysticercus in einem Individuum keine zufälige ist, dafür spricht die folgende Casuistik.

A. Wagner.[1]) 60jähr. Hausknecht mit paralytischem Blödsinn, starb unter fortschreitenden Lähmungserscheinungen. Sect.: Cysticerken in Haut, Gehirn, Pancreas und l. Niere; im Jejunum eine Taenia solium, deren Kopf dieselbe Bildung zeigte, wie der Cysticercus: einen Kranz von 13 Doppelhaken und 4 Saugnäpfen.

Mende.[2]) 25jähr. Frau mit Augencysticerken verlor mehrere Bandwurmglieder.

Lendet[3]). 20jähr. Taglöhnerin, starb an Epilepsie; hatte an Bandwurm gelitten und zeigte bei der Section Cysticerken.

Höcker.[4]) Ein an Bandwurm leidender Mann hatte eine Finne innerhalb des Lendenmuskels.

Wendt.[5]) Ein 30jähr. Maniakalischer zeigte bei der Section viel Cysticerken im r. Hirnlappen, l. Seitenventrikel, l. Linsenkern und l. Corpus striatum. Im Darm Taenia solium.

Birch-Hirschfeld[6]) fand bei einem Geisteskranken, der am Bandwurm litt und seinen Koth verschlang, gegen 100 Cysticerken im Gehirn.

Siebert.[7]) 46jähr. Mann mit Paralysis progrediens zeigte bei der Section im Jejunum einen Bandwurm, dessen untere Gliederkette darmaufwärts umgeschlagen war,

M. Seidel.[8]) 33jähr. Tischler litt an verschiedene Zeichen von Hirnerkrankung und hatte seit 5 Jahren an Taenia solium gelitten.

---

[1]) Wagner. Schmidt's Jahrb. Bd. 133 p. 306.
[2]) Mende. Graefe's Arch. Bd. VII p. 121.
[3]) Lendet. Bullet. de la Soc. anat. Tom. XXVIII.
[4]) Höcker. Zeitschr. f. d. Epidemiol. 1872 p. 163.
[5]) Wendt. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 1872. III.
[6]) Lehrb. der allgem. path. Anat. 4. Aufl. p. 289.
[7]) Zeitschr. f. Epidem.
[8]) Jenaische Zeitschr. f. Med. u. Naturw. 1864 p. 223.

Kuntzmann,[1] Witthauer,[1] Frankenhauer,[1] Gerhart beobachteten die verschiedenartigsten Krankheiten sowohl des Nervensystems als auch der Organe des Unterleibs bei Personen, von welchen Bandwurmstücke entweder ausgebrochen oder abgetrieben wurden und in deren Haut Cysticerken waren.

Heller.[2]) 50jähr. Mann litt seit 13 Jahren an epileptischen Anfällen und Bandwurm. Bei der Section wurde ein Cysticercus racemosus.

Frerichs[3]) Patient mit Diabetes mellitus später Gehirnkrankheit, starb in Coma. Viel Cysticerken im Gehirn. Im Dünndarm 4 geschlechtsreife Taenien.

Broca.[4]) 27jähr. Kutscher. Ohnmachtsanfälle, Bewusstlosigkeit. Viel Cysticerken in der Haut. Taenia.

Boyron (Etud. h. ladrerie 1876) führt 2 Fälle von Cysticercus und gleichzeitiger Taenia.

Müller (Statistik der menschl. Entoz. Diss. Erlangen 1874) fand unter 36 Fällen von Cysticerken dreimal auch Bandwurm.

Féreol (Union méd. T. 28. 1879, l. c.). Bei einem Kranken mit zahlreichen Haut-Finnen waren zur Zeit ihrer Entstehung häufig Bandwurmglieder abgegangen; nach einem Anthelminthicum ging eine kopflose Taenia ab.

Rathery (Bullet. de la Soc. méd. des hôp. XVI, 1879). Ein Kranker mit vielen Hautfinnen gab an, dass die ersten vor ca. 2 Jahren auftraten; vor 6 Wochen gingen ihm Bandwurmglieder ab.

Troisier (Bullet. de la Soc. méd. des hôp. XIX. 1882). Ein 30jähr. Mann mit vielen Cysticerken entleerte nach Kousso eine Taenia.

Lutz (l. c.). Einem Deutschen in Brasilien mit Haut-Cysticerken gingen Bandwurmglieder ab.

Virchow (Charité Ann. VII.). Bei einem 52jähr. Manne mit 1 Finne im linken Hirnventrikel wurde eine Taenia gefunden. Das Nähere gibt er in der Berl. klin. Wochenschr. 1892 Nr. 14 an, dass er einen Fall secirte, wo ein grösserer Theil eines Bandwurmes in mehreren Schlingen zu einem dicken Klumpen zusammengeballt vom Duodenum aus durch den Pylorus in den Magen hineingeschoben war, offenbar auf antiperistaltischem Wege.

Weiss (Anzeig. der k. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien 1881). Ein 24jähr. Mann mit vielen Haut-Cysticerken, hatte früher an Taenia gelitten.

---

[1]) Zeitschr. f. Epidem.

[2]) Schmidt's Jahrb. 1882.

[3]) Ein mir von Frerichs übergebener Krankheitsfall.

[4]) Broca. Gaz. hebd. 1876.

Karewski (l.). Ein 23jähr. Kaufmann mit Cysticercus auf dem l. Musc. glutaeus, litt an Taenia.

Zenker (Separ.-Abdr. aus Beiträge z. Anat. und Embr. J. Henle als Fussgabe 1882). 47jähr. Mann mit epileptischen Krämpfen. Plötzlicher Tod. Cysticercus vacciniformis. Zur Zeit der Epilepsie war ihm ein Bandwurm abgetrieben.

Arndt (Berlin. Klinik Senator.) 44jähr. Kutscher. Bewusstloses Fallen vom Bock. Tod. Gehirncysticerken. Früher an Bandwurm gelitten.

Amici (l. c.) zahlreiche Finnen in verschiedenen Körpertheilen und gleichzeitig Taenia.

Zenker (Beitr. zur Anat. und Embryologie; in J. Henles Festgabe 1888). Ein 47jähr. Mann mit epileptischen Krämpfen. Plötzlicher Tod. Gehirn-Cysticerken. Zur Zeit der Epilepsie ein Bandwurm abgetrieben.

Arndt in Berlin. Bewusstloses Hinfallen. Hirncysticercus. Früher Bandwurm gehabt.

Pertot (Blanchard l. c. p. 394). Details fehlen.

Mendel (Mündliche Mittheilung: Ein 47jähr. Gastwirth an Verfolgungswahn leidend, hat bei der Section neben Gehirncysticerken 2 Taenien.

v. Graefe gibt an, unter 80 Fällen von Augen-Finnen 6mal gleichzeitig Taenia gefunden zu habeu. Hirschberg hat nachgewiesen, dass diese Angabe irrthümlich ist, denn in den von ihm (v. Graefe) selber vorher veröffentlichten Einzelbeobachtungen (17) sind schon 5 hierher gehörige Fälle aufgezählt.

Hirschberg selbst hatte in 13 Fällen von Augenfinnen 5mal gleichzeitig Taenien aufgefunden, einige Male erst nach Verabreichung entsprechender Mittel.

Wecker (Handb. der ges. Augenheilk. 13. v. Graefe u. Sämisch Bd. IV. p. 713) erwähnt einen ähnlichen Fall.

Hock (Wien med. Wchschr. 1883 Nr. 52) fand bei einer Kranken, welche ausser einem subretinalen Cysticercus auch Cysticerken in den Muskeln hatte, eine Taenia.

Ich selbst habe bei 14 Kranken 3mal Taenien gefunden.

In Gesammtheit sind es also über 40 Fälle, in denen Cysticercus gleichzeitig mit Taenia vorhanden waren. Uebrigens schliessen sich die bedeutendsten Helmintologen z. B. Küchenmeister, Leuckart, Blanchard etc. meiner Ansicht an.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber einige ungewöhnliche Formen von Acne (Folliculitis).

Von

Prof. **M. Kaposi** in Wien.

(Hierzu Taf. VII—X.)

Rücksichtlich der im Folgenden anzuführenden ungewöhnlichen Formen von Acne (Folliculitis) könnte ich mich bloss auf die Beschreibung beziehen, welche ich in der jüngsten Auflage meiner Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten, 4. Auflage, 1893 (Wien, Urban und Schwarzenberg) pag. 529 et sequ. von denselben gegeben habe. Die Seltenheit des Vorkommens, so wie die klinische und histologische Eigenthümlichkeit und Wichtigkeit einzelner dieser Formen machen es mir aber räthlich, die Abbildungen derselben mit weiteren erläuternden Bemerkungen unseren Fachcollegen hiemit vorzulegen, namentlich mit Rücksicht auf die Erfahrung, dass auch andere seltene Krankheitsformen, trotz correcter textlicher Beschreibung, erst nach ihrer bildlichen Publication das entsprechende Verständniss und Interesse gefunden haben, so Lupus erythematosus acutus, Xeroderma pigmentosum, Impetigo herpetiformis u. A.

Ich führe vor Allem in Taf. VII ein Specimen von Acne varioliformis auf, zunächst als einen ebenfalls ungewöhnlicheren, wenn auch nicht gar zu seltenen Fall, in welchem nicht nur behaarter Kopf, Nacken- und Stirnhaar-Grenze betroffen erscheinen, sondern auch das ganze Gesicht. Ich habe auch schon die Eruption über Hals und Brust bis zur 4. Rippe, reichlich gesäet angetroffen, dies allerdings nur einmal bei einem Manne, bei dem auch von vielen Seiten irrthümlich die Erkrankung für Syphilis angesehen worden war.

Es ist aber auch aus dem Grunde räthlich ein Beispiel von Acne varioliformis vorauszuschicken, um den Unterschied gegenüber den im folgenden zu beschreibenden Formen sofort augenfällig zu machen.

Ueber die Acne varioliformis selber habe ich mich in meinem Buche (l. c. pag. 529) in folgender Weise geäussert:

Als Acne varioliformis bezeichnen wir eine eigenthümliche Acne, welche zumeist an der Haargrenze der Stirne (Acne frontalis) und des Nackens in gruppenförmig gestellten, flachen Knötchen und Pusteln sich etablirt, in disseminirten einzelnen Efflorescenzen auch im Bereiche des Capillitium, selten auch selbst über dem Bereich des ganzen Gesichtes (s. Taf. VII) und der oberen Brustregion. Die Krankheitsform ist nicht zu verwechseln mit Acne varioliformis Bazin, welche mit unserem Molluscum verrucosum („contagiosum") gleichbedeutend ist.

Ueber dem Centrum der linsengrossen, flachen, derben, braunrothen Knötchen bildet sich eine schlappe Pustel, welche bald zu einer unter das Niveau einsinkenden Borke vertrocknet; oder sofort ein trockener, pergamentartiger Schorf, nach deren Abfallen eine narbige Depression zurückbleibt. Das Bild erinnert lebhaft an Variolaefflorescenzen (daher der Name), sowie andererseits vermöge der Anordnung zu Gruppen, der dunkeln Färbung und der centralen Depression die Aehnlichkeit mit Syphilis corymbosa gross ist. Der Process dauert durch hartnäckige Wiederkehr solcher Eruptionen Jahre hindurch. Ueber seine Ursache sind wir vollständig im Unklaren; doch scheint in einzelnen Fällen eine Beziehung zu chronischer Verdauungsstörung annehmbar.

Was C. Boeck und nach ihm Pick als Acne necrotisans beschrieben haben, wobei in analoger Localisation und Form, in jahrelang sich wiederholenden Nachschüben, linsengrosse und grössere, entzündlich knotige Erhebungen erscheinen, mit bläulich durchschimmernden Capillarhämorrhagien und trockener Mumificirung der obersten Coriumschichte im Centrum, wodurch daselbst festhaftende, derbe Schorfe sich bilden, nach deren Abfallen flach eingesunkene Narben zurückbleiben, scheint mir doch wesentlich der Kategorie der Acne varioliformis anzugehören und schon in Rücksicht auf die betroffenen Indivi-

duen, die Localisation und Verlaufsweise ätiologisch eben so wenig aufgeklärt, wie letztere."

Von der ebenfalls als Abart der A. varioliformis oder necrotisans von mir angesehenen und l. c. unter dem Namen Acne urticata beschriebenen Krankheitsform habe ich bisher weder eine Abbildung noch eine Plastique anfertigen zu lassen Gelegenheit gehabt. Auch glaube ich, dass die Erstere kaum das Charakteristische davon deutlich genug zum Ausdruck zu bringen vermöchte. Ich muss mich daher ganz und gar auf meine l. c. gegebene Beschreibung beschränken, die ich aus dem Grunde nur hier wiederhole, damit der für den Gegenstand sich interessirende Fachcollege alles Bezügliche im Vorliegenden beisammen finde.

In jahrelang sich wiederholenden Nachschüben entstehen bei der Acne urticata im Bereiche des Gesichtes, Stirne, Nase, Kinn, Wangen, Capillitium, oder auch noch später an den Händen, Unter- und Oberextremitäten, meist den Streckseiten, höchst acut und unter heftigstem Jucken, Brennen und Schmerzgefühl ein und mehrere, bohnen- bis über kreuzergrosse, blassrothe, quaddelartige, sehr harte Erhebungen, welche binnen Stunden, meist aber erst 2—4 Tagen spontan sich involviren, in der Regel aber, wegen des äusserst heftigen Brennens und Juckens, von den Kranken mittels der Fingernägel, Nadeln, Messerspitzen zerkratzt, dann gequetscht werden, weil dieselben erst nach derart ermöglichtem Austritt von Serum und Blut aus dem gequollenen Papillarkörper und Rete etwas Erleichterung verspüren. Es stellt sich rasch Gerinnung des Exsudates und Ueberhäutung ein, aber die Basis und Umgebung bleiben im weiten Umfange sehr hart und insolange dauern auch Jucken und Brennen, Schlaflosigkeit und nervöse Unruhe an und wiederholen die Kranken die Stech- und Quetscheingriffe. Endlich, nach 8—14 Tagen ist die Härte geschwunden und bleiben entsprechend den Verletzungen und Eiterungen flache, braun pigmentirte, narbige Streifen zurück.

Der Process hält in den wenigen Fällen, die ich überhaupt beobachtet habe, besonders in drei Fällen, dem eines dysmenorrhoischen weiblichen und zweier dyspeptischen männlichen Kranken nun schon seit 15—20 Jahren an. Jucken,

Schmerzhaftigkeit, Localisation, Verwundung, Eiterung, Schlaflosigkeit in Folge der subjectiven Belästigung und die continuirlichen Nachschübe gestalten den Process zu einem der allerlästigsten und entmuthigendsten an der allgemeinen Decke.

Die in Taf. VIII, ausserdem in einer Henning'schen Moulage (klinische Inventur C, 23) dargestellte und als Acne oder Folliculitis necrotisans et exulcerans serpiginosa nasi von mir bezeichnete Erkrankung, habe ich gleichzeitig an drei Kranken, einer Frau und einem Manne der Klinik (s. Krankengeschichte) und einem Manne der Privatpraxis, mittleren Lebensalters, als eine acut aufgetretene Eruption an der Nasenspitze beobachtet, bei welcher stecknadelkopfgrosse und etwas grössere, bis kleinerbsengrosse, schlappe, rasch lochförmig eiterig schmelzende oder grünlich necrotisirende Knötchen entstanden, die dann unter Eiterung und warziger Granulation eben so viele und tiefe narbige Gruben zurückliessen, worauf randständig eine dichte Reihe neuer solcher Knötchen mit gleichem Verlaufe, und so fortschreitend, sich entwickelte, so dass binnen wenigen Wochen und Monaten der ganze häutige Nasenantheil narbig-grubig zerstört war. Nach Auslöfflung des knotigen Walles, den die neue Eruption um den narbigen Theil bildete, kamen doch noch Nachschübe, bis der Process in der Höhe der knöchernen Nase stille hielt.

Krankengeschichten:

Acne necrotisans et exulcerans serpiginosa nasi.

(Taf. VIII.)

Sophie Zahrada, 28 Jahre alt, Näherin aus Brünn, Aufnahme 10. Nov. 1891, Inv. Nr. 18.901, immer gesund gewesen, bemerkte vor 2 Monaten auf der Nase einen rothen Fleck, in diesem ein eitriges Bläschen.

Wegen steter Verschlimmerung des Zustandes Spitalsaufnahme.

Status praesens 10. Nov. 1891: Schlecht genährtes, anämisches, schwächliches Individuum.

Die Haut an der Nasenspitze, sowie am linken Nasenflügel bis in die Nähe des knöchernen Antheiles und nur theilweise auf den linken Flügel übergreifend, von zahlreichen bis erbsengrossen Höckern zerklüftet, theils mit dünner, röthlicher Epidermis überzogen, theils frei von solcher und mit einem gelblichgrünen Belege oder auch mit schwarzen Krusten

bedeckt. An den Wangen und am Kinn links einige röthlichbraune, in der Mitte mit Krusten bedeckte oder glatte, mässig erhabene, von Gefässchen durchzogene, schlappe Knötchen; die Wangen sonst mit zahlreichen theils länglichen, theils runden, im Centrum dunkler pigmentirten Narben besetzt; einige ebensolche am Stamme zerstreut. An der Stirn-Haargrenze Acne varioliformis.

Therapie: Zunächst Pflasterverbände, dann Lapis und Auskratzung des schwammigen Gewebes mit scharfem Löffel, hierauf Paquelin. Pat. verlässt nach 3 Monaten mit einer nur mehr kleinen granulirenden Fläche das Spital.

Acne necrotisans et exulcerans serpiginosa nasi.

Ignaz Rode, 30 Jahre, verheir. Kaufmann, Krankheitsbild genau so wie in der Abbildung des Falles 1, doch ohne gleichzeitige Acne des übrigen Gesichtes, sondern lediglich mit der charakteristischen Affection der Nasenspitze. Auch bei ihm war dieselbe acut entstanden in Form von schrottkorn- bis kleinerbsengrossen, schlappen, halbkugeligen, braunrothen, dicht gedrängten, bei Druck nicht schmerzhaften Knötchen, welche sehr rasch theils im Centrum eitrig schmolzen, theils in Gänze oder nur im Centrum en masse grünlich necrosirten und in dichter Reihe randständig des verschorften Herdes neu auftauchten. Das erstemal verweilte der Kranke vom 10. October bis Mitte November 1891 an der Klinik, das zweitemal, da sehr bald Recidive randständig des vernarbten Herdes aufgetreten waren, vom 8. bis 15. März 1892. Jedesmal waren die Knoten excochliirt und deren Grundstellen paquelinisirt worden. Seither ist kein Recidiv eingetreten, wie wir uns vor Kurzem überzeugen konnten.

Der 3. Fall von Acne exulcerans serpiginosa apicis nasi betraf einen 40 Jahre alten, kräftigen Mann meiner Privatpraxis, bei dem binnen 4 Monaten die Nasenspitze bis etwas über den knöchernen Antheil hinauf unter stetigem randständigen Nachschub von alsbald necrotisirenden, rundlichen Knötchen derart, wie von einem pustulösen Syphilid grubignarbig zerstört worden war. Die therapeutischen Eingriffe (Excochleation und Cauterisation) mussten wiederholt und energisch vorgenommen werden, nachdem in diesem, wie in den beiden ersteren Fällen die Application von Empl. sapon. salicylicum und von Empl. hydrargyri sich ganz wirkungslos gezeigt hatte.

Auch dieser Kranke ist seither von Recidive verschont geblieben.

Während durch die Necrosirung des betroffenen Gewebes die eben beschriebene Form sich der früher erwähnten und längst bekannten Acne varioliformis (Taf. VII) und Acne necrotisans (C. Boeck und Pick) nähert, unterscheidet sich dieselbe von den letzteren, sowie von meiner Acne urticata, welche beide wesentlich doch in circumscripter entzündlicher In-

filtration, mit dem theilweisen Ausgang in hämorrhagischer (Trombosirungs-) Necrose bestehen, klinisch durch die Localisation an der Nasenspitze und die Bildung von scharf begrenzten und umgreifbaren Knötchen und Knoten und histologisch durch den Charakter der letzteren als neugebildetes Granulationsgewebe, welches durch die ursprünglich relativ bedeutende Grösse und Hervorragung und Greifbarkeit an Syphilisknötchen, durch seine Schlappheit und histologische Wesenheit aber mehr den Lupusknötchen vergleichbar erscheint.

Die Bildung von rasch necrotisirendem, vascularisirtem Granulationsgewebe um die Follikel herum ist bei dieser Form demnach wohl das Wesentlichste.

Hierdurch, sowie auch durch die anderen Details des histologischen Charakters (Mangel an höherer Organisation, Tendenz zu retrograder Metamorphose der Formelemente, zahlreiche Riesenzellen, wie dies noch im Späteren (Taf. X) demonstrirt werden soll, reiht sich auch der merkwürdige Fall von Folliculitis exulcerans aus meiner Klinik hier an, den Łukasiewicz beschrieben hat (diese Vierteljahrschr. 1891. Erg.-Heft II, p. 57, Taf. III und IV), bei welchem durch 2—3 Jahre ad nates und an den Extremitäten eines anämischen Mädchens solche Knoten in grosser Zahl und mit gleichem Verlaufe in kreuzer- bis flachhandgrossen, durch periphere Nachschübe fortschreitenden Plaques aufgetreten waren und die Heilung schliesslich nur durch successive thermocauterische Elimination zu erzielen war. Wie wir uns übrigens erst vor Kurzem überzeugt haben, sind bei der Kranken seither noch immer in der Sacralregion und an den Extremitäten kleine Nachschübe erfolgt.

In den folgenden 2 Fällen, welche ich Mangels einer zutreffenderen Nomenclatur vor der Hand unter der Bezeichnung Acne telangiectodes vorführe, ist die acute Entwicklung solcher aus Granulations-Gewebe bestehenden Knötchen das hervorstechendste Merkmal, indem sie dadurch zwar der Acne exulcerans serpiginosa nasi analog, aber von dieser doch wieder dadurch verschieden sich ergaben, dass die Eruption allgemeiner und in unregelmässiger Disposition auftraten und nicht der Necrose anheimfielen, sondern nur theilweise zu Erweichung gelangten.

Den 1. Fall habe ich bereits mitgetheilt (Ber. der Wiener dermatol. Gesellschaft, diese Vierteljahrschr. 1890, p. 955). Ein 48jähriger kräftiger Mann, mit mässiger Acne vulgaris des Gesichtes, bekam 4 Wochen vor seinem Spitalseintritte (2. März 1890) im Bereiche der Stirne, der Wangen, an den unteren Augenlidern wie auch im Bereiche der übrigen Gesichtshaut zahlreiche, theils flache, theils erhabene, vielfach gruppirte, sonst aber disseminirte, schrotkorn- bis erbsengrosse, rothe, mässig succulent sich anfühlende Knötchen. Ein Theil derselben trägt ein kleines Schüppchen, andere an der Spitze ein molkig-bröckligen Inhalt bergendes Pustelchen oder Krüstchen, die meisten sind glatt, mässig glänzend und erblassen auf Fingerdruck. Der Mann ist Metallpresser. Aus den genau eruirten Verhältnissen seines Gewerbes ist keinerlei Moment zu eruiren, welches, wie bei Arbeitern in mit Theer- und anderen ähnlichen Substanzen geschwängerter Atmosphäre, eine arteficielle acute Erregung von Acne anzunehmen gestatten würde. Die Entstehung dieser Knötcheneruption blieb uns ganz räthselhaft. Aeltere Knötchen liessen sich sehr leicht als Ganzes mittelst Hohlsonde oder scharfen Löffels aus der Cutis herausheben und als schlappes, gelbröthliches, vascularisirtes Gewebe zwischen den Fingern zerquetschen. Bei der histologischen Untersuchung ergab es sich als ziemlich reich vascularisirtes junges Granulationsgewebe mit in Häufchen angeordneten Riesenzellen und epitheloiden Zellen, ohne Spur von Mikroorganismen. Ihr anatomischer Sitz war das tiefere Corium und mit der Hauptmasse um den Fundus der Haarbälge und um die Knäueldrüsen.

Alle therapeutischen Versuche, welche auf eine Verschrumpfung der Knötchen gerichtet waren, Seifen-, Schwefel-, Resorcin-Essigsäure-Paste etc. blieben erfolglos. Dagegen liess sich mit grösster Leichtigkeit die ganze Summe derselben auslöffeln, womit vollständige Heilung eintrat, unter Hinterlassung entsprechend kleiner, flacher Narben.

Geradezu verblüffend war aber der folgende Fall durch sein Ansehen und seinen klinischen Verlauf, der in Tafel IX dargestellt ist und erst nach genauer Erwägung als excessive Form des eben beschriebenen Specimen und also wesentlich ebenfalls als „Acne telangiectodes“ angesprochen werden konnte.

Er betraf eine 40 Jahre alte, verheiratete, etwas anämische und hysterische Frau (L. N.) aus Serbien, die am 3. März 1893 auf die Klinik aufgenommen wurde. Sie war stets gesund gewesen.

Ihr Ausschlag war 3 Monate vorher in Form von Knötchen im Bereiche des Gesichtes aufgetreten, ohne jegliche bekannte äussere oder inner-medicamentöse Veranlassung. Sie hatte weder Jod, Brom, noch überhaupt ein Medicament genommen.

Der ganze Bereich des Gesichtes ist dicht besetzt von zahlreichen schrotkorn- bis nahezu erbsengrossen, zum Theile lebhaft rothen, grösstentheils aber livid- und braunrothen, schlappen, bei Druck, nach Angabe der Kranken, sehr schmerzhaften Knötchen, doch scheint dabei auch bezüglich der anderen noch zu besprechenden Efflorescenzen mehr die bei dieser Kranken überhaupt zu constatirende Hyperästhesie der Haut, als die specielle Empfindlichkeit der Knötchen selbst zum Ausdrucke gebracht worden zu sein.

Ueber den Augenbrauen waren die Knötchen zu dichten Haufen gedrängt, so dass dadurch sowie durch die livide Färbung derselben und eine eigenthümliche livid-braune, flachknötige Eruption an den Extremitäten, und in Rücksicht auf die Nationalität der Kranken die Auffassung des Falles als Lepra sehr nahe gelegt war, ohne dass wir uns jedoch derselben bei näherer Betrachtung hätten zuneigen können. Auf der Nase nämlich und am Kinn zerstreut fanden sich hirsekorn- bis stecknadelkopfgrosse, offenbar Anfangsformen darstellende, lebhaft rothe und theilweise zugespitzte Follicularknötchen und unter den älteren und grösseren Knötchen solche mit beginnender eitriger Schmelzung ihrer Spitze, so dass die Affection als subacute Folliculitis mit Bildung von Knoten jungen Bindegewebes, gleichwie im früher beschriebenen Falle dennoch sofort aufgefasst werden konnte.

Noch verwirrender war der Anblick der an den Rücken- und Seitenflächen der Finger, an den Vorder- und Oberarmen, an den Knien und am Oberschenkel vorfindlichen Eruptionen.

Hier sah man nämlich grösstentheils linsen- bis pfennig-grosse livid- und braunrothe, scharf begrenzte, flach erhabene,

ziemlich derbe, an der Oberfläche theils glatte und glänzende, theils aber im Centrum hämorrhagische und flach eingesunkene Flecke und Knoten, also theils ähnlich beginnender Lepra maculo-papulosa, theils — namentlich mit Rücksicht auf die Localisation — an Erythema nodosum gemahnend. An den Fingern gab es überdies punktförmige Hämorrhagien und derbe, scharf begrenzte, derbrandige Flecke und flache Knoten mit centraler hämorrhagischer Depression, pernioähnliche Vorkommnisse, wie bei Lupus erythematosus.

Die Patientin verweilte vom 3. März bis 19. Mai 1893 an der Klinik, an welchem Tage sie wegen plötzlichen Todes ihres Mannes abberufen wurde.

Während ihres Aufenthaltes gab es reichlich ganz analoge Nachschübe an den Unterextremitäten, im Gesichte und auch am behaarten Kopfe, wo aber die Erscheinungen nur in acuten entzündlichen Follikelknötchen, mit Platzen und serös-blutiger Secretion bestanden.

Neben innerlicher Darreichung von Arsen — Eisen und Leberthran, die eine merkliche Aufbesserung der Gesammternährung zur Folge hatte, wurde mit befriedigender Wirkung eine Reihe örtlicher Applicationen angewendet (Schwefel-, Theer-, Seifen-, Resorcin-Pasten und Pflaster, energische Seifenwaschungen u. ä.), welche Verschrumpfung und Ausfallen der Knötchen und Knoten im Bereiche des Gesichtes bewirkten, mit Hinterlassung seichter Narben. In entsprechender Modification wurde auch der Haarboden erfolgreich behandelt. Dagegen zeigte sich an den Extremitäten nur theilweise und mehr als spontan zu deutende Involution, bei vorwiegend unverändertem Fortbestand der alten und schubweisen Nachschübe neuer derber flacher Flecke und Knoten.

In der beigegebenen histologischen Tafel X ist nach vom Assistenten Dr. Spiegler angefertigten Präparaten der histologische Charakter der aus der Gesichtshaut exscindirten Knötchen dargestellt: junges Granulationsgewebe, im tiefen Corium knotenförmig eingelagert, hauptsächlich um den Fundus der Haarbälge und um die Knäueldrüsen, mit Fortsetzung der Zellinfiltration längs der aufsteigenden Gefässe gegen die Papillarschichte, zahlreiche Zellen in fettiger Degeneration und

viele in Haufen gestellte Riesenzellen. Dadurch charakterisirt sich die Bildung ganz und gar übereinstimmend mit den in dem früheren angegebenen Formen.

Endlich sei ein seltener Fall von Acne cachecticorum erwähnt, welcher neben der auffallenden Localisation im Bereiche des Stammes auch noch dadurch besonders bemerkbar erscheint, als an den Herden des Rückens nicht einfache hämorrhagisch entzündliche schlappe Follicularpusteln zur Entwicklung gekommen sind, wie dies dem Typus der sonst auf die Unterextremitäten zumeist beschränkten Acne cachecticorum zukommt, sondern dass hier auch massigere und zu hämorrhagischer Necrose gelangende Bindegewebs-Neubildung zu Stande gekommen ist in Form von flachkuchenförmigen, schlappen Knoten, aus denen dann Abscesse mit unterwühlten hämorrhagischen, zersetzten Rändern hervorgegangen sind.

Sicherlich ist mit den aufgezählten seltenen und atypischen Formen nicht die ganze Reihe von möglichen Folliculitiden erschöpft, denn es kommen ätiologisch ganz unverständliche allgemeine acute Folliculitiseruptionen vor, wie Barthélemy's „Acnitis" (!) — ein bedauerlicher Barbarismus, den sein Autor selber endlich zurücknehmen sollte — oder die Acne cornée französischer Autoren, solche mit begleitender papillärer oder epidermoidaler Hyperplasie, die ich unter Hinweis auf meine bezüglichen Erörterungen im Capitel „Keratosen" meines Buches (4. Aufl. pag. 629) an dieser Stelle nicht weiter erörtern will.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel VII—X.

Taf. VII. Acne varioliformis.

Taf. VIII. Acne necrotisans (exulcerans) serpiginosa nasi.

Taf. IX. Acne telangiectodes.

Taf. X. Histologische Tafel der letzteren. I. *a* Papillarschichte, *b* Knoten, *cc* Knäueldrüsen mit *ee* deren Ausführungsgang, *d* Fettläppchen (schwache Vergröss.). II. (starke Vergröss.) *a* runde und längliche, zum Theile verfettende Zellen des Knotengewebes, *b* Knäueldrüsen, *cc* Riesenzellen.

Kaposi: Ungewöhnl. Formen von Acne (Acne varioliformis)

Kaposi. Acne necrotisans et exulcer. serpigin. nasi.

Kaposi: Ungewöhnl. Formen von Acne (Acne teleangiectodes)

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.

Kaposi: Acne teleangiectodes.

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.

Fig. 1.

a
l
o
b
e
f
d

Fig. 2.

a
b

Fig. 3.

a
l
l
e
i
i
r

Dinkler: Urethritis gonorrhoica des Mannes.

Lewin: Über Cysticerkus in der Haut des Menschen

Zur Behandlung des Lupus vulgaris.

Beitrag von

Dr. **Josef Schütz** in Frankfurt a. Main.

Lupuskranke sind arme Geschöpfe. Grossentheils müssen sie die Blüthezeit des Lebens einer langwierigen Behandlung hingeben. Nur wenige halten darin Stand, bis sie glückliche Heilung finden. Seltener noch schafft eine frühzeitige Radicaloperation das Uebel im Beginne weg. Dermatologie, Chirurgie, innere Medicin wetteifern, neue Methoden zu ersinnen, welche von Grund aus das sich hinschleppende Leiden mit einem Schlage beseitigen möchten. Aber nach wie vor erscheinen derartige Kranke hilfesuchend beim Arzt, weil auch die neuesten Unternehmungen nichts nutzten.

Und doch muss man sagen, dass der Lupus ein rein örtlicher Krankheitsvorgang ist, der örtlich zerstört werden kann, und dass zur Vernichtung desselben geradezu vorzügliche Mittel es gibt, die aber in einem nur kleinen Procentsatz bis jetzt zu dauernder Heilung führen.

Dass dem so ist, liegt gewiss manchmal daran, dass der Lupusherd einer Behandlung überhaupt schwer zugänglich ist und auch unter Umständen grosse diagnostische Schwierigkeiten macht: so beim primären Lupus der Schleimhäute.

Ich will ein nicht allzuseltenes Beispiel herausgreifen: Ein durchaus nicht schwächliches oder tuberculös erscheinendes Kind kommt zum Arzt mit einer Dacryocystitis. Eine längere Sondencur schafft vorübergehend Stillstand. Nach einigen Jahren gesellt sich zu dem alten Uebel ein chronischer Nasencatarrh, der hartnäckig der Behandlung widersteht und nur zeitweise

Linderung findet. Nach weiteren ein, zwei Jahren erscheinen auf den Wangen und den Nasenflügeln auf noch vollkommen gesund erscheinender, nicht infiltrirter Haut winzige Eiterpusteln, die der Ungeübte für Acne halten könnte. Der Fall kommt dessentwegen wieder zum Arzte. Dieses charakteristische Bild des Verlaufs veranlasst nun eine, wir wollen sagen rückläufige Untersuchung. Die Lupusefflorescenzen der Wangen werden trotz ihrer etwas ungewöhnlichen Form erkannt. Sie machen uns misstrauisch gegen den chronischen Nasen-Catarrh. Wir spiegeln. Aber wir sehen nichts als die Zeichen des gewöhnlichen Catarrhs. Auch der geschickteste Untersucher ist nicht im Stande, aus dem Spiegelbefund allein die beginnende Tuberculose der Nasenschleimhaut festzustellen. Wir sondiren. Das lupöse Infiltrat muss weicher, weniger resistent sein als gesundes Gewebe. Und nun dringt mit einem Mal unsere Sonde durch die Nasenscheidewand wie durch eine präformirte Oeffnung. Wie sich später beim Auskratzen derselben herausstellt, ist der Erweichungsherd so gross, dass man einen Bleistift bequem hindurchstecken könnte. Wir untersuchen das Secret, welches sich aus dem Thränennasencanal herausdrücken lässt. Viele Deckglastrockenpräparate werden vergeblich gemacht. Endlich finden wir einzelne Tuberkelbacillen.

In einem solchen Fall ist allerdings die Aufgabe des Arztes eine überaus schwierige und trotz aller Mühen wenig aussichtsvolle. Exstirpation des Thränensacks, Verödung des Thränennasenganges, Zerstörung des Schleimhautlupus in der Nase, Ausrottung des Lupus der äusseren Wangenhaut, Alles mag glatt gelingen und günstigen Eindruck anfänglich machen, die vielen Verbindungsbrücken der Krankheitsherde untereinander sind kaum aufzufinden und zu beeinflussen.

Solche von vorneherein ungünstigen Fälle sind zwar keine grosse Seltenheiten, aber immerhin die Minderzahl. Die Mehrzahl der Lupus vulgaris-Herde ist nicht so mit verstecktem Schleimhautlupus in continuo verbunden. Die Oertlichkeit des Sitzes der Erkrankung ist oft direct günstig zu nennen; so meist bei jenen Formen, bei welchen der Lupus nach irgend einem eitrigen tuberculösen Vorgang plötzlich multipel, metastasenartig an vielen Körperstellen zugleich aufgetreten ist,

oder wenn Lupus durch äussere Infection am Kinn, Wangen, Ohr, Hals u. s. w. sich bildete. Wenn hier keine dauernde Heilung erzielt wird, so liegt das Misslingen der Behandlung nur an der zeitlich oder örtlich nicht genug ausgedehnten Zerstörung des Krankhaften.

Nachdem ich über mehrere, z. Th. demonstrirte Fälle verfüge, welche nach einer einmaligen Behandlung nunmehr über fünf Jahre recidivfrei blieben, glaube ich das von mir geübte Verfahren vorschlagen und begründen zu dürfen, in der Hoffnung, dass weitere Verbesserungen durch diese Anregung mit der Zeit erfolgen möchten.

Das Verfahren hat den Vorzug, durchaus kein sogenanntes neues zu sein, sondern erprobte alte Methoden in einer Weise zu benutzen, dass deren bekannte Wirkung zu einem vollkommenen Resultate führt.

Doch zuvörderst einige Worte über die Indication. Gewiss wird jeder Arzt, der einen frischen Lupusherd mässiger Ausdehnung vorfindet, so dass sich derselbe, ohne allzugrosse kosmetische Störungen zu hinterlassen, ausschneiden und vernähen lässt, nur die Excision im Gesunden vornehmen.

Diese Operationsform wird stets als Einfachstes und Bestes bleiben.

Ebenso werden jene scheusslichen Formen von Gesichtslupus, welche im Laufe der Jahre Mund, Nase, Ohr, Lider zerstörten und vom menschlichen Antlitz nur noch eine mit narbiger und geschwüriger Haut bedeckte Kugel übrig liessen, auf deren Oberfläche kleine Narbengruben und enge Oeffnungen die Zugänge der Sinnesorgane andeuten, nicht einem einzelnen Verfahren weichen, sondern nur die glückliche Auswahl und den Wechsel vieler Methoden erfordern, um nach und nach zufriedenstellende Erfolge zu erlangen.

Unser Verfahren soll dem landläufigen, narbenuntermischten Lupusfall dienen, welcher der Excision und Schliessung durch Naht unzugänglich ist.

Hier tritt das Verfahren in Concurrenz mit den neueren Methoden subcutaner Injectionen und der chirurgischerseits als das einzig Richtige und Sichere augenblicklich gepriesenen Thiersch'schen Transplantation.

Ueber die Koch'schen Einspritzungen brauche ich bezüglich der Lupusheileffecte kein Wort zu verlieren. Vorläufig haben sie sich als nützlich nicht erwiesen. Ueber H. Hebra's Thiosinamin-Einspritzungen fehlen mir eigene Erfahrungen ebensowohl wie Nachrichten über bleibende Erfolge und Bestätigungen Anderer. Gerade in heutiger Zeit wird der Praktiker, so sympathisch er dem bequemen Injectionsverfahren auch sein mag, von genannten Verfahren lieber bei anderen vorsichtig das Allerbeste hoffen, als selbst eigenes Material zur Prüfung des Neuen hergeben.

Die Thiersch'sche Transplantation ist sicherlich auch für die Lupustherapie eine überaus werthvolle Bereicherung des Heilverfahrens und im Falle des Gelingens zu den allerschönsten Ergebnissen führend. Es wird auch Umstände und Verhältnisse geben, welche genannte Ueberpflanzungen beim Lupus — nach eingehender Ueberlegung — an erster Stelle oder ausschliesslich indicirt erscheinen lassen. Aber jeden Lupus, welcher durch Ausschneiden und Nähen sich nicht beseitigen lässt, ohne Weiteres als reif für das Verfahren nach Thiersch zu erklären, gleichzeitig alle früher giltigen Massnahmen als unbrauchbar hinzustellen und den Lupus sogar ausschliesslich ins chirurgische Gebiet zu verweisen, nicht ohne die vermessene Andeutung, dass jene Ueberpflanzungen nur der Fachchirurge zu cultiviren im Stande sei, muss als wenig überlegte einseitige Propaganda erscheinen. Fälle, z. B. wie der Eingangs geschilderte, die in Zusammenhang mit schwer zugänglichem Schleimhautlupus stehen, sind für Excision und Implantation absolut ungeeignet. Sodann ist der Erfolg der Implantation selbst da, wo sie indicirt ist, durchaus kein sicherer, sondern ein von vielen noch unbekannten, wie bereits bekannten oder erklärlichen Zufällen abhängiger. Ein unerwarteter Brechact während des Verbands, eine unruhige Nacht eines leicht erregbaren Kranken und tausende andere Eventualitäten können ein Nichtanheilen der Hautstreifen zur Folge haben. Im Falle eines Misserfolgs aber dürfte — namentlich in der Privatpraxis — das gerade beim Lupus-Patienten so nothwendige dauernde Zutrauen zum Arzt sehr erschüttert sein. Es dürften manche Kranke zu einer abermaligen Ueberpflanzung dann sich nicht

verstehen wollen und darauf verzichten, zum zweiten Mal gesunde Haut vom eignen Leibe herzugeben.

Somit ist für die überwiegende Menge der Lupusfälle auch heute noch die althergebrachte Behandlung nicht von der Hand zu weisen.

Die günstigsten Erfolge erhielt ich nun auf folgende Weise:

In Chloroformnarkose wird mit dem scharfen Löffel in langsamen kräftigen Zügen alles morsche Gewebe hinweggeschafft und versprengte Nester möglichst in toto herausgehoben. Alsdann wird der Boden der Wundfläche und etwa $^3/_4$ bis 1 Cm. des gesunden Randes sehr sorgfältig scarificirt. Hierzu benutze ich theils das sechsklingige Stichelinstrument von Veiel, theils das mit 18 gedeckten Klingen durch Schnitt wirkende Messer von Balmanno Squire. Beide Instrumente arbeiten rasch, sind aber relativ kostspielig in der Unterhaltung und erfordern eine umständliche Reinhaltung. Die Blutung ist meist eine erhebliche und muss durch geschickte Compression mit feuchten Gace-Compressen in Schranken gehalten und ebenso gestillt werden.

Es ist wichtig, dass die Stillung der Blutung vollkommen hergestellt wird. Dann wird, noch in Narkose, das ganze Wundgebiet mit einer kalt gesättigten, durch Zusatz von etwas reiner Salzsäure haltbar und klar erhaltenen, alkoholischen Chlorzinklösung mehrmals überpinselt. Die Wundfläche verfärbt sich weiss. Grosser Schmerz tritt ein für ca. 6 Stunden. Bereitgehaltene Eiscompressen und vernünftiger Zuspruch des Arztes vermögen ihn etwas zu lindern. Morphium leistet wenig. Die Operationsstelle schwillt im Verlauf der nächsten 12 Stunden auf, je nach Oertlichkeit erscheinen auch mehr oder weniger starke Oedeme in der Nachbarschaft. Unter Borwasserumschlägen gehen die Erscheinungen nach und nach zurück, und in 1 bis 2 Tagen hat sich die Wunde gereinigt. Die Wunde erscheint jetzt gleichmässig offen auch an den nur scarificirten Rändern. Auf dieselbe wird nunmehr ein dreimal täglich gewechselter Pyrogallussäure-Vaselin- (1 : 4) Salben-Verband gebracht. Am dritten Tage entstehen wieder lebhaftere Schmerzen, namentlich beim Zutritt der Luft während des Verbandwechsels. Die Wunde ist schwarz verfärbt, die krustige Oberfläche zum Theil blasig erhoben. Am 5. Tag wird der Verband durch Borwasserumschläge

ersetzt, so dass 4 Tage lang die Pyrogallussäure ihre Aetzwirkung ausüben konnte. Die Borwasserumschläge werden fleissig erneuert. Andere antiseptische Flüssigkeiten, namentlich solche aus Metallsalzen, wie Sublimatlösung, sind weniger zu empfehlen, da grössere Schmerzen durch sie entstehen, zum Theil weil Pyrogallussäurereste auf die Metallsalze einwirken und reizende Verbindungen eingehen. Meist ist unter diesen Umschlägen wieder in 4 bis 5 Tagen die Wunde rein. Nun wird abermals 4 Tage lang mit Pyrogallusvaseline verbunden. Alsdann ist das Resultat dieser zweiten, resp. dritten Aetzung ein geringeres als vordem. Dementsprechend sind auch die Schmerzen geringer und erstrecken sich vorwiegend auf den Rand der Wunde. Ebenso braucht die Reinigung der Wunde unter Borwasserumschlägen nach dieser zweiten Pyrogallusapplication weniger Zeit. In zwei, höchstens drei Tagen ist das Terrain wieder blank. Nunmehr folgt die dritte und letzte Pyrogallussäureätzung, welche nur 3 Tage anzudauern braucht. Dieselbe hinterlässt einen noch geringeren Effect. Oft kann man wahrnehmen, dass unter diesem letzten Pyrogallussalbenverbande die Wundfläche kleiner geworden, in ihren Untiefen merklich ausgeglichen ist, ja dass an einzelnen Stellen unter diesen Aetzsalbenverbänden eine zarte Narbenbildung sich einleitet.

Borwasser-Umschläge erzielen jetzt in wenigen Tagen eine sehr gesund und glatt aussehende Wunde. Unter Emplastrum Hydrargyri oder Jodoformpulver und Borsalbenlintverband vollzieht sich die Schliessung des Defects verhältnissmässig rasch, so dass durch das langwierige Verfahren im Ganzen doch nicht soviel Zeit geopfert wird, als man geneigt sein wird a priori anzunehmen. In $2\frac{1}{2}$ bis 3 Monaten ist ein ausgedehnter Lupusherd vernarbt. Die Narben sind glatt und weich, alte Narbenstränge, die vorher hässlich vorsprangen, wesentlich weniger auffallend. Namentlich bei Anwendung des früher (Münchener med. Wochschr. 1888, Nr. 45 und 46) von mir empfohlenen Quecksilber-Pflaster-Collodium-Druck-Verbands erscheint der kosmetische Erfolg sehr zufriedenstellend.

Die Zahl der ohne Recidiv Gebliebenen ist nach dieser Therapie, die sich im Laufe der Zeit vollständig empirisch bei mir entwickelt hat, grösser als nach irgend einem anderen mir bekann-

ten Verfahren. Es lag mir selbstverständlich daran, eine möglichst richtige Erklärung dieser Wirkungsweise zu erhalten.

Wenn man nach Lupus-Excisionen grosse Mikrotomquerschnitte sich anfertigt, die gute Uebersichtsbilder unter dem Mikroskop ergeben, namentlich auch die gesunde Randzone weit genug überblicken lassen, so kann man für das operative Vorgehen beim Lupus aus dem mikroskopischen Bilde wichtige Fingerzeige erhalten.

Es fällt da besonders auf, dass die jüngsten Lupusherde, wie sie als winzige runde Infiltrate an einer Gefässgabelung aufsitzen, oder als wenige Lagen von Rundzellen und kleinen Plasmazellen ein längsziehendes Gefäss begleiten, erstens recht weit — $^1/_2$—$^3/_4$ Ctm. — vom eigentlichen Krankheitsherd abseits liegen, zweitens dass sie, je mehr sie vom Lupusherd sich entfernen, in um so grösserer Tiefe überdeckt von ganz normaler Epidermis und Corium angetroffen werden, und dass sie drittens so klein sind, dass sie ganz abgesehen von ihrer verdeckten und versprengten Lagerung makroskopisch überhaupt nicht wahrgenommen werden können. Hieraus folgt, dass weder die mannigfachsten scharfen Löffel, noch auch die Brenner des Paquelin'schen Apparates und Galvanokauters die kleinsten Tuberkelanlagen im Gewebe alle auffinden können, sondern dass selbst Aetzmittel, welche wie die Pyrogallussäure elektiv das Lupusgewebe zerstören, ohne weiteres die im Gesunden so zerstreut liegenden Lupusherde nicht alle werden erreichen können. Die versteckten Lupusnester müssen erst der Behandlung erschlossen werden, und hierzu dient die Scarificirung mit nachfolgender Aetzung. Chlorzink ist deshalb so günstig, weil es Blut nicht zur Gerinnung bringt. Aber eine einmalige chemische Einwirkung selbst so starker Substanzen wie gesättigte Chlorzinklösung genügt, wie der Erfolg zeigt, durchaus nicht. [1]) Dies dürfte damit zu erklären sein, dass die Dauersporen des Tuberkelbacillus im menschlichen Körper bezüglich im lebenden lupösen Gewebe sich stellenweise unter Bedingungen befinden, welche sie vor unserer Mitteln schützen.

---

[1]) Zu meiner Freude sehe ich während der Correctur in einem Aufsatze von Dr. Veiel (Deutsche med. Wochenschr. 1893, Nr. 93) ein ähnliches Verfahren vorgeschlagen.

Erst bei mehrfach wiederholten längeren chemischen Einwirkungen bleiben die Recidive aus. Ungezwungen kommt man zu der Annahme, dass eine Art Sterilisation durch die wiederholte Anwendung der chemischen Mitteln stattfindet, indem alles, was aus den resistenten Dauersporen auskeimt, sofort die Bedingungen seines Todes antrifft, so dass nach und nach innerhalb der dreimaligen Pyrogallussäureeinwirkung der Sporengehalt gleich 0 wird. Eine öftere Einwirkung von Chlorzink anzuwenden ist nicht rathsam, da 1. die Schmerzen hierbei zu gross sind, 2. die Aetzwirkung zu sehr in die Tiefe gehen kann und 3. schwächere eventuell anzuwendende Chlorzinklösungen weniger sicher wirken.

Bei der Chlorzinkpinselung gleich nach der Operation aber werden die Schmerzen wirklich dadurch berechtigt, dass

1. sofort weithin eine vorzügliche Desinfection stattfindet,

2. durch die Aetzwirkung die ganze Wundfläche inclusive des gestichelten Randes der ferneren Behandlung sehr rasch und gleichmässig zugänglich gemacht wird und

3. dass der Hauptschmerz noch in die Narkose fällt.

Hiernach wird es auch erklärlich, dass ich seit längerer Zeit die Anwendung der Glühhitze zur Zerstörung des Lupus soviel als möglich vermeide. Wie schon erwähnt, sind die kleinsten Herde des Lupus unsichtbar und — im resistenten gesunden Gewebe eingebettet — auch nicht fühlbar, also mit dem Brenner nicht zu erreichen. Dagegen verlegt die beim Brennen eintretende Eiweissgerinnung geradezu die Wege für unsere chemisch einwirkende Substanzen. Von der oft hervorgehobenen „anregenden“ Wirkung der älteren Autoren durch das cauterium actuale habe ich bei Lupus nie einen anderen Effect erzielen sehen, als dass mehr zerstört wurde als nöthig war, und dass die Narbenbildung durch excessive Ausschreitung oft hässlich wurde. Also weg mit allen Brennern bei der Lupus-Behandlung der äusseren Hautdecke! Bei Schleimhautlupus an schwer zugänglichen Stellen, die starke, schwer zu stillende Blutungen veranlassen werden, mag die Glühhitze nach wie vor unentbehrlich sein, obgleich auch hier, z. B. am Zahnfleisch, am Rachen, der Uvula Pinselungen mit 20—30% wässriger Chlorzinklösung oft und in dreitägigen Zwischenräumen vorgenommen Besseres leisten und auch bequemer erscheinen.

Gegen das blutige Verfahren und zu Gunsten der Kauter ist bekanntlich mehrfach das möglicherweise erfolgende Auftreten von acuter Miliartuberculose ins Feld geführt worden. Das Vorkommen selbst ist unbestreitbar; denn es liegen einzelne Aufzeichnungen in der Literatur vor, auch habe ich selbst, wenn auch glücklicherweise nicht in der eigenen Clientel, einen solchen bösen Ausgang mit beobachtet.

Indessen ein so exorbitant seltenes Unglück kann nicht bedingen auf alle Vortheile einer Therapie zu verzichten, bei welcher Gefässe eröffnet werden. Mit gleich strenger Consequenz dürfte man keinen Menschen mehr chloroformiren, keinen tuberculösen Abscess mit Jodoform mehr behandeln, weil Chloroformtod und Jodoformintoxication in seltenen Fällen eingetreten sind. Wer lange Zeit rastlos bemüht war, in mikroskopischen Schnitten Tuberkelbacillen aufzufinden, wird zugestehen, dass bei dem äusserst spärlichen Vorkommen der Tuberkelbacillen im Lupus-Gewebe ein sehr grosser Zufall dazu gehört, wenn Bacillen durch eine kurze Operation flott werden und dann in venöse Bahnen gelangen und gerade Miliartuberculose anfachen. Streng genommen müsste dann nicht nur die Stichelung, sondern auch die Auslöffelung etc. perhorrescirt werden und Lupus ein chirurgisches Noli me tangere abgeben.

Bei jeder Lupusbehandlung, wie sie auch stattfinden mag, werden bis jetzt Fälle beobachtet, die nicht ohne Recidiv bleiben, trotz aller Sorgfalt und Mühe, die man auf Operation und Behandlung verwandt hatte. Es liegt dies in der Natur der Sache, und gerade jenen anatomischen Verhältnissen, welche wir vorher zur Begründung unseres eingreifenden Verfahrens einer kurzen Betrachtung unterzogen. Auch bezügl. des Thiersch'schen Verfahrens finden sich in den verschiedenen Berichten Recidive erwähnt, und uns erscheint für die Verhütung der Recidive es als ein Nachtheil der Transplantationen, dass sie oft nur stückweise und nicht auf einmal sich ausführen lassen. Der stolze Hinweis, dass man nach und nach die ganze Gesichtshaut durch Oberschenkelhaut ersetzen könne, vermag uns das nicht ganz auszureden. Wie überall, so schreitet auch beim Lupus das Unglück schnell, und es handelt sich um die Möglichkeit, jederzeit in der Lage zu sein, rasch demselben Einhalt zu thun.

Bei unserem Verfahren waren u. A. mehrfach Recidive aufgetreten, die nur in 1, 2 frischen Knötchen bestanden. Ohne Narkose gelingt es dieselben und ihre Umgebung gründlich zu sticheln und die gestichelten Stellen nach vollkommener Blutstillung mit Chlorzinklösung zu ätzen. Es ist ein grosser Vorzug, dem Patienten so helfen zu können. Allerdings wird dies ohne Erneuerung des beschriebenen längeren Verfahrens nur dann der Fall sein, wenn die Patienten sich oft und früh genug zur Controle vorstellen. Wie überall in der Medicin, so ist es auch beim Lupus eine Hauptsache für den Arzt, nicht nur die Krankheit, sondern auch deren Träger in seiner bestehenden Eigenart zu studieren und zu beherrschen. Von Anfang an, schon bei Erhebung der ersten Anamnese vor der Behandlung, soll man dessen eingedenk sein und im Hinblick auf möglicherweise nöthige Recidivbehandlung während der ganzen Dauer der ärztlichen Einwirkung die psychische Behandlung nicht vergessen. Nur wenn der Patient die Tragweite der Operation und des Krankheitsprocesses selbst kennt und im Arzt Wohlwollen und Sicherheit findet, wird er auch nach Abheilung seines Lupus sich wieder zeigen und ev. früh genug zur Nachhilfe sich einstellen. Für den dauernden Erfolg der Heilung halte ich dies für die wichtigste Seite der gesammten Therapie.

Der verstockte Bauer, der blasirte Parvenu, die Welt vergessende Verlobte, das unaufhörlich tändelnde Kind u. s. f., alle werden mit ihrer Umgebung das Recidiv ihres Lupus auf andere Weise hinnehmen und darnach handeln.

Die, welche den Arzt am frühesten in den Himmel zu erheben bereit sind, haben meist die nichtssagendsten Entschuldigungen, warum gerade sie die Verordnung, sich frühzeitig genug zur Recidivbehandlung einzustellen, nicht genau befolgen konnten. Der im Menschen liegende Egoismus verlangt gleichlaufende Interessen. Daher ist der deutliche Hinweis an den Patienten sehr am Platz, dass der Lupusherd seitliche Ausläufer treibe, so klein und so tief gelegen, dass sie mit dem menschlichen Auge nicht zu sehen sind, die sofort zerstört werden müssen, wenn sie grösser und bereits als rothe Pünktchen sichtbar werden, damit nicht auch sie wieder weiter ranken

können, eine längere schmerzhafte Behandlung dann nöthig machen, und so ein grausames Spiel ohne Ende entstehe.

In der That dürften entsprechend die anatomischen wirklichen Verhältnisse liegen, wenn man sie einmal in einem allgemein verständlichen Bilde zu betrachten für gut finden will.

Schematisch gefasst erscheint die Gestaltung so, dass die ganze Wichtigkeit der operativen Eingriffe sich um die Zerstörung der Lupusherde niedrigster Ordnung dreht. (Siehe Fig.)

Erstreckt sich der Einfluss einer Operation A unglücklicherweise zum Theil nur bis zu den Lupusknötchen zweiter Ordnung, so kommt alles darauf an, möglichst früh die Knötchen dritter Ordnung zu entdecken, sobald sie sichtbar werden, um sie mit sammt ihrer nächsten Umgebung durch kleinere Operationen $n \times B$ zu zerstören.

Jedes längere Zuwarten ist gleichbedeutend mit einer weiteren Ausbreitung des Lupus, mit einem Anwachsen der kleinsten Herde zu Knötchen höherer Ordnung, mit einer Aussaat von Infiltraten an der Peripherie, deren Lage wieder unbekannt und zur Zeit unbeeinflussbar sein kann.

So kann es geschehen, dass bei nicht ständiger Controle durch den Arzt, der Lupus trotz vieler energischer Zerstörungen nie zur Abheilung gelangt, sondern im Gegentheil durch Narben-

untermischung immer schwieriger für die Einwirkung irgend welcher Verfahren wird.

Endlich ist für die Behandlung von Wichtigkeit, das Gesammtbefinden der Kranken möglichst günstig zu gestalten.

Je widerstandsfähiger die gesunden Gewebe sind, um so weniger schnell wird der Krankheitsherd sich ausdehnen. Dies bestätigt reichlich die alltägliche Erfahrung.

Wir sehen auf der einen Seite Lupusaffectionen, die 10 und 20 Jahre kaum sich ändern, während wir andererseits Formen antreffen, deren rasche Wucherung oder unaufhaltsamer Zerfall in kurzer Zeit arge Verwüstung anrichtet. Stets handelt es sich bei letztgenannten um herabgekommene, schlecht ernährte Individuen. Wir treffen dies nicht nur am einzelnen Kranken, sondern, wer Gelegenheit hat, Material geographisch zu sichten, kann bemerken, dass gerade ärmliche Gegenden mit mangelnder Industrie und schlechten Lebensmitteln relativ häufig schwere, an Lepra erinnernde Formen von Lupus erzeugen.

Es ist daher für die dauernde Einschränkung und Bekämpfung des Lupus von grosser Tragweite, die Ernährung zu fördern, Begleiterkrankungen namentlich tuberculöser oder scrophulöser Art sorgsam zu behandeln und so gut es sich im gegebenen Falle ermöglichen lässt, die allgemeinen Lebensbedingungen günstig zu gestalten, da hierdurch wie bereits andernorts (l. c.) betont, auch kosmetisch das Resultat gewinnt.

Trägt man bezügl. etwa eintretender Recidive und für die nöthige körperliche Festigkeit der Patienten in vorbenanntem Sinne Sorge, so wird in einer grossen Zahl von Fällen unser Verfahren nachhaltig gute Resultate ergeben.

Allerdings erfordert es, wie jedes complicirtere Vorgehen eine nur durch Uebung zu gewinnende Vertrautheit. Namentlich das bisher mancherseits mit einer gewissen Geringschätzung betrachtete Sticheln des kranken Gebiets und seiner Umgegend erfordert grosse Aufmerksamkeit, Schnelligkeit, geschickt nachrückende Compression und auch chirurgischen Muth, wenn es ganz und ausgiebig gelingen soll.

Möge das Verfahren denen, die es nachprüfen, dieselbe Freude und Befriedigung verschaffen, die ich bei Anwendung desselben durchweg gehabt habe.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Verhandlungen der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg. 1893.

Bericht von Dr. **J. Epstein** in Nürnberg.

Abtheilung XXII für Dermatologie und Syphilis.

1. Sitzung. 11. September 1893.

Oberarzt Dr. **Beckh** (Nürnberg) eröffnet die constituirende Sitzung mit herzlicher Begrüssung der Anwesenden. Nach Erledigung geschäftlicher Angelegenheiten folgt als 1. Vortrag:

Kollmann (Leipzig): Seruminjectionen gegen Syphilis.

K. hat Hammelblutserum injicirt bei 18 Syphilitischen, von denen 8 bereits specifisch vorbehandelt, 10 noch unbehandelt waren. Die verbrauchten Serumquantitäten betrugen stets mehr als die Maxima Tommasoli's (noch unter 90 Ccm.), nämlich zwischen 91,5 und 165 Ccm. Bei beiden oben erwähnten Kategorien nun haben selbst diese hohen Dosen nie eine heilende Wirkung ausgeübt. Es traten sogar in einzelnen Fällen während der Injectionen oder ganz kurz nachher frische luetische Erscheinungen auf.

Die Injectionen verliefen local fast stets ohne jede Reaction. In mehreren Fällen aber zeigte sich in den ersten Tagen nach der Injection ausgebreitete Quaddelbildung.

Discussion:

Behrend (Berlin) bringt die Urticaria nach den Seruminjectionen in Parallele mit der nach der Vaccination auftretenden. Die Vaccinationsausschläge zeigen sich entweder in den ersten drei Tagen nach der Vaccination oder in den ersten drei Tagen nach Beginn der Suppuration. Sie sind nicht auf eine specifische Wirkung der Vaccine zurückzuführen, sondern es wirkt diese resp. die aus dem Pustelinhalte resorbirten Substanzen nur als fremder Stoff innerhalb der Circulation ganz analog dem Einfluss der Arzneien in Bezug auf Entstehung der Arzneiausschläge.

Köbner (Berlin) erinnert daran, dass bei den früher öfter bei Phthisis pulmonum ausgeführten Hammelbluttransfusion fast regelmässig am 2. Tage Urticaria ausbrach, gewöhnlich begleitet von Hämoglobinurie und fragt an, ob Vortr. auch die letztere auftreten sah.

Pick (Prag) bemerkt gegenüber Köbner, dass eine directe Bluttransfusion und eine subcutane Injection von Serum doch etwas ganz

Verschiedenes sind. Auch er kann bestätigen, dass nach Injection von Blutserum, die er allerdings nur bei Gesunden ausgeführt hat, niemals örtlich ähnliche Erscheinungen auftreten, wie sie Tommasoli geschildert hat; der Verlauf war stets ein glatter.

Kollmann. Bei 2 Patienten zeigte sich während der Injectionsbehandlung hie und da Albumen im Harn; doch liess sich nicht entscheiden, ob in Folge der Injectionen oder der Lues. Blutigen Harn hat K. niemals bemerkt.

2. Sitzung. 12. September 1893.

A. Gemeinsame Sitzung der Abtheilungen für Dermatologie und für Hygiene.

1. „Ueber Vorbauung der Syphilis, mit Berücksichtigung der Frage: Ist die öffentliche oder die geheime Prostitution die Hauptquelle für die Verbreitung der Syphilis und der anderen venerischen Krankheiten."

Referent **Lang** (Wien). Die Ausführungen des Referenten, die dem umfangreichen Thema in umfassendster Weise gerecht wurden, gipfelten in den folgenden Thesen:

I. Trotz anerkannter Schwierigkeiten, welche sich den prophylaktischen Massnahmen entgegenstellen, sind die Behörden verpflichtet, der Weiterverbreitung der venerischen Krankheiten nach Möglichkeit entgegen zu treten.

II. Für Arme und Minderbemittelte ist unentgeltliche Behandlung und kostenfreier Bezug von Medicamenten sei es in der Behausung, sei es in Ambulatorien oder Krankenanstalten anzustreben.

III. Venerisch-Kranke müssen über ihren Wunsch bedingungslose Aufnahme in öffentlichen Heilanstalten finden.

IV. Es sind demnach die bestehenden Abtheilungen für Venerisch-Kranke zu erweitern, bezw. neue Abtheilungen zu creiren.

V. Für Venerisch-Kranke aus der Beamtenwelt und dem Mittelstande sind in den Krankenhäusern passende Zahlabtheilungen zu errichten, bezw. die bestehenden zu erweitern und allgemein zugänglich zu machen.

VI. Errichtung von Krankenanstalten mit ausschliesslicher Bestimmung für Venerisch-Kranke sind nicht zu empfehlen.

VII. Venerisch-Kranke dürfen keine Zurücksetzung in ihrer Stellung, noch eine materielle Schädigung bei Vereinen etc. erfahren.

VIII. Verbreitung einer gemeinverständlichen Darstellung über die gesammte Hygiene, welche auch über die Gefahren der Infection mit venerischen Krankheiten belehren soll, ist empfehlenswerth.

IX. Die Gewerbebehörden haben im Vereine mit ärztlichen Functionären auf Verhütung von Syphilisinfectionen bei gewissen Berufsarten hinzuarbeiten.

X. Das Ammenverhältniss ist sanitätsbehördlich zu überwachen und der Gesundheitszustand der Amme und ihrer Familie (zum mindesten ihres Kindes), sowie des Säuglings und seiner Eltern den beiden interessirenden Parteien bekannt zu geben.

XI. Für die Verbreitung der venerischen Krankheiten gibt die sog. geheime Prostitution wegen Unmöglichkeit einer sanitären Controle die gefährlichste Quelle ab.

XII. Nicht registrirte Prostituirte, die nachweislich venerische Infectionen beigebracht, sind einer obligatorischen Behandlung im Sinne der Thesen XVI und XVII zuzuführen.

XIII. Männer, von denen nachweislich venerische Infectionen ausgingen, sind zu verhalten, ihre Krankheit regelrecht behandeln zu lassen und überdies gerichtlich zu verfolgen, wenn sie sich ihrer Krankheit bewusst waren.

XIV. Die sanitäre Controle ist nur bei behördlich registrirten Prostituirten möglich.

XV. Oertliche Verhältnisse sollen dafür bestimmend sein, ob für die registrirte Prostitution die Creirung geschlossener Etablissements zu gestatten ist.

XVI. Prostituirte, die venerisch-krank befunden wurden, sind sofort in eine öffentliche Heilanstalt abzugeben.

XVII. Eine nothwendige Ergänzung der hygienischen Massnahmen bilden unter Controle befindliche Reconvalescentenhäuser, in welchen die aus der öffentlichen Krankenanstalt als „geheilt" entlassenen Puellae durch einige Wochen oder Monate die Consolidirung ihrer Gesundheit abzuwarten haben.

Correferent **Kopp** (München) betont zunächst die Wichtigkeit der polizeilichen Controle, die aber einen wesentlich ärztlich-hygienischen, keinen moralisch-disciplinären Charakter haben soll und die, wenn mit ausreichenden Mitteln durchgeführt und durch eine ausreichende Behandlung der sistirten Prostituirten unterstützt, einen sehr beträchtlichen Einfluss auf die Infectionsziffer ausübt. Ganz besondere Vortheile für die sanitätspolizeiliche Ueberwachung der gewerbsmässigen Prostitution bietet natürlich deren Confinirung in öffentlichen Häusern, deren Bestand also seitens der Polizeibehörden eher gefördert als unterdrückt werden sollte. Die gewerbsmässige Geheimprostitution ist entschieden gefährlicher als die öffentliche Prostitution. Wenn auch statistisch das kaum festzustellen möglich ist, so sind doch beweisend einmal die Erfahrungen, die man in England mit der Contagious diseases-Act, in Italien mit der jede Controle aufhebenden Lex Crispi gemacht hat.

Kopp hat übrigens selbst eine Enquête über diese Frage unter seinen Patienten angestellt. Unter 653 Befragten äusserten sich 480 günstig für die officielle Prostitution, 173 ungünstig. Sicher ist es Aufgabe einer rationellen Sanitätspolizei, die heimliche Prostitution möglichst zu unterdrücken resp. die in Frage kommenden Frauenzimmer der officiellen Controle zu unterstellen. Gewisse Formen „gelegentlicher Prostitution" entziehen sich natürlich, obwohl sie mitunter gefährlich genug sind, polizeilicher Behandlung durchaus. Uebrigens kann man auch von der besten polizeilich-ärztlichen Controle nicht verlangen, dass sie jede Gefahr der Prostitution beseitigt, sondern nur, dass die krank befundenen Prostituirten internirt und sachgemäss behandelt werden. — Kopp sieht

in der durch polizeilich-ärztliche Massnahmen herbeizuführenden Assanirung der Prostitution nicht das einzige Mittel zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten, sondern weist zum Schluss noch auf andere Massnahmen hin, die in gleicher Richtung günstig wirken können, wie: Aufklärung der heranwachsenden und ins Leben hinaus tretenden Jugend über die Bedeutung der venerischen Krankheiten, Schaffung ausgiebiger Gelegenheit zur, wo nöthig unentgeltlichen Behandlung dieser Krankheiten, bessere sexuell-sanitäre Controle gewisser männlicher Bevölkerungsschichten (Soldaten, Matrosen etc.), bessere Vorbildung der Aerzte etc.

Discussion: **Hüppe** (Prag) verlangt auch für die Prophylaxe der vener. Krankheiten die Durchführung des allgemeinen Princips der Isolirung der frischen Fälle und deren rechtzeitiger Behandlung. Gerade in Deutschland ist das durch die grundverfehlten Bestimmungen des Krankencassengesetzes unmöglich gemacht und es ist Pflicht der Aerzte, eine entsprechende Aenderung der Gesetzgebung herbeizuführen. Auch müssen die Krankenanstalten — nach dem Vorgehen von Berlin — in grösserem Umfang zur Behandlung venerisch Kranker herangezogen werden.

Spinola (Berlin) ist im Wesentlichen mit den meisten Thesen des Ref. einverstanden. These XVII jedoch geht ihm entschieden zu weit. Die Einrichtung solcher Reconvalescentenhäuser würde unerschwingliche Kosten verursachen, die man den Gemeinden nicht zumuthen könne.

Aub (München) schliesst sich durchaus dem Correferenten an in der Ansicht von der grösseren Gefährlichkeit der clandestinen Prostitution und hält es deshalb für einen Fehler, wenn die Behörden die Registrirung zu sehr erschweren und eine Erhöhung der Ziffer der registrirten Prostituirten scheuen. Er wendet sich ebenfalls gegen die bekannte Bestimmung des Krankencassengesetzes und mit besonderem Nachdruck gegen den sog. Kuppeleiparagraphen des deutschen Reichsstrafgesetzbuchs, welcher nur zur Erschwerung der Registrirung und zur Verheimlichung der Prostitution führt.

Pick (Prag). Die Ammenfrage sei von grösster Wichtigkeit, nur kann er sich mit Lang's Auffassung der Sache nicht einverstanden erklären. Man muss die Amme stets ebenso schützen wie den Säugling, und darf es in keinem Falle gestatten, dass sie ein syphilitisch krankes Kind stillt, selbst wenn die Amme sich damit einverstanden erklärt. Es ist das eine Gewissenssache des Arztes, die Behörden haben gewöhnlich in erster Linie damit nichts zu thun. Die Amme kann die Gefahren niemals ermessen, eine Person von dem Bildungsgrade einer Amme kann die Tragweite einer Erkrankung nicht einmal für sich selbst, geschweige denn für ihre Familie begreifen und man muss sie deshalb in jedem Falle von dem kranken Kinde fernhalten, statt ihr Cautelen anzurathen. Zu These XVII ist zu bemerken, dass man doch die Syphilis und die übrigen venerischen Krankheiten von einander trennen muss. Mit den letzteren werden wir schon fertig, der Syphilitiker wird aber nach vier Wochen niemals „geheilt“ entlassen, er ist dann noch krank. Die Reconvalescentenhäuser sind also eigentlich auch noch Krankenhäuser, es handelt sich bei der Lang'-

schen Forderung also nur um eine Verlängerung der Behandlungsdauer.

Behrend (Berlin) tritt dafür ein, dass die Krankencassen zwar gehalten sein sollen, unentgeltliche Krankenhausbehandlung ihren syphilitischen Mitgliedern zu gewähren, nicht dagegen Zahlung von Krankengeld bei ambulanter Behandlung leisten sollten: Syphilitische gehörten bei ihrer Ansteckungsfähigkeit nicht in die Poliklinik, sondern ins Krankenhaus. Betreffs der Reconvalescentenhäuser schliesst sich B. den gegen dieselben erhobenen Ausstellungen vollständig an und weist darauf hin, dass nach den in Deutschland bestehenden Gesetzen die zwangsweise Unterbringung in dieselben nicht statthaft sein würde.

Neuberger (Nürnberg) bedauert, dass immer nur von der Syphilis die Rede sei, da seines Erachtens die Gonorrhoe mit ihren Folgezuständen auch nicht zu unterschätzen sei, ja sogar in gewisser Hinsicht die durch die Syphilis hervorgerufene Gefahr noch übertrifft. Die von Lang empfohlenen Reconvalescentenhäuser hält er gerade mit Rücksicht auf die Gonorrhoe für sehr zweckentsprechend, da die schwere Heilbarkeit der weiblichen Gonorrhoe einen längeren Krankenhausaufenthalt und weitere Observation erheische.

Köbner (Berlin) hat den Vorschlag, auf den Entlassungsscheinen Syphilitischer statt „geheilt" zu notiren „symptomfrei", schon dem Kopenhagener internationalen Congress 1884 unterbreitet und erneuert denselben zur allgemeinen Einführung. Die auf lange Zeit auszudehnenden Controluntersuchungen entlassener Puellae wie auch die Behandlung leichterer Rückfälle lässt sich fast eben so gut wie in Reconvalescentenhäusern, aber mit sehr grosser Ersparniss in gut ausgerüsteten Ambulatorien weiterführen. Köbner hat bei einer grossen Anzahl seiner Patienten die Infectionsquellen ermitteln und daraus ersehen können, dass die nicht controlirte Prostitution einen ganz erheblichen Procentsatz von Ansteckungen liefert und dass gerade hier ungemein ausgedehnte und hochentwickelte, weil lange unbeachtete Syphilisformen angetroffen werden.

Lang hebt in seinem Schlusswort noch einmal die Vortheile der Errichtung von Reconvalescentenhäusern hervor. Er spricht sich wiederholt dahin aus, dass das Ammenverhältniss behördlich zu überwachen sei, so lange uns kein Mittel zu Gebote steht zu verhindern, dass sich eine Amme für ein hereditär-syphilitisches Kind engagiren lasse.

B. Sitzung der Section für Dermatologie.

2. **Kollmann**: Zur Diagnostik und Therapie der männlichen Gonorrhoe.

Kollmann hebt die Wichtigkeit der endoskopischen Untersuchung in ausführlicher Darstellung hervor. Er verkennt nicht die Bedeutung der Gonococcen-Untersuchung. Aber einmal sei bei dieser ja nur ein positiver Befund entscheidend, ein negativer Beweis noch nicht die wirkliche Heilung, während die Endoskopie jede, auch die geringste krankhafte Ver-

änderung der Urethra wahrnehmen lasse. Dann aber sei einzig die endoskopische Untersuchung im Stande, eine genaue locale Diagnose der gonorrhoischen Erkrankung zu stellen und so eine präcisere locale antibakterielle und chirurgische Therapie zu ermöglichen. K. wendet freilich die endoskopische Methode regelmässig nur bei den chronischen und subacuten Entzündungen der Urethra anterior an, bei denen der Posterior dagegen nur, wenn ganz besondere Indicationen vorliegen. Sonst bedient er sich zur Entscheidung der Frage nach einer Urethritis posterior der von Jadassohn eingeführten Ausspülungsprobe, jedoch mit etwas veränderter Technik. (Ausspritzen mit ca. 100 Gr. fassender Spritze, bis das Spülwasser klar abläuft, ganz geringer Druck, Orificium nicht zuhalten!)

Ohne über eine genaue statistische Zusammenstellung zu verfügen, kann er doch das eine behaupten, dass in der bei Weitem überwiegenden Anzahl der von ihm untersuchten Gonorrhoen die Secretion lediglich aus der Pars anterior kam.

Die Behandlung der Urethritis richtet sich danach, ob Infiltrate irgend welcher Art vorhanden sind oder nur reine Catarrhe der Urethraldrüsen. Im ersteren Falle Oberländer'sche Dilatationen abwechselnd mit Irrigationen (Borsäure, Argentum nitricum), im letzteren wird die erkrankte Drüse direct behandelt, mit Einspritzungen, mit dem Messer, Galvanocauter oder Elektrolyse. K. erwähnt dann noch eingehend die intraurethrale galvanische und faradische Behandlung, die er bei sexueller Neurasthenie, Prostatorrhoe, Spermatorrhoe vielfach anwendet. Er räth nur schwächere Ströme zu wählen; beim galvanischen Strom in der Regel nicht über 5 M.-A.

Der Vortrag wurde instructiv erläutert durch Vorzeigung des Oberländer'schen endoskopischen Apparates und diverser Instrumente (sämmtlich von Heynemann — Leipzig) und von Photogrammen der Urethralschleimhaut, die K. beim Lichte des Oberländer'schen Apparates aufgenommen hat.

Discussion: **Galewsky** (Dresden) ist völlig der Ansicht Kollmann's, dass jede Behandlungsmethode anzuwenden ist. Mit der Dilatationsmethode hat er freilich nicht die günstigen Erfolge gehabt wie K. Die Ausspülungen der U. a. zu diagnostischen Zwecken haben sowohl Jadassohn wie G. selbst auch mit grösseren Injectionsspritzen vorgenommen, indess stets die früheren Resultate erhalten.

Kollmann will nicht entscheiden, ob die Differenz seiner und der Jadassohn'schen Resultate nur Folge der veränderten Technik ist, constatirt nur diese Differenz.

Lang. Die bisher üblichen Urethroskope mit künstlicher Beleuchtung sind alle mit einem zu schweren Griff verbunden. L. hat darum einen elektrischen Beleuchtungstrichter für das Urethroskop angegeben, der wegen seiner Leichtigkeit mit Daumen und Zeigefinger dirigirt werden kann.

3. **Görl.** Casuistische Mittheilungen zur elektrolytischen Behandlung von Stricturen der Harnröhre.

G. benützt zur Elektrolyse von Stricturen eine Leclanché-Batterie von 10 Elementen und arbeitet mit Strömen von 15—18 M.-A. Die Lefort'schen Elektroden benützt er nicht mehr, da sie am Ansatz der Bougie filiforme leicht abbrechen. Seine Elektrode besteht aus einem isolirten Metallstab, an dem vorn eine Kugel excentrisch aufsitzt. Dieselbe ist durchbohrt, um ein Leitbougie (Charr. Nr. 6) in sich aufzunehmen.

Für Fälle, wo wegen engen Orificiums die Kugelelektrode nicht eingeführt werden kann, hat G. eine andere Elektrode construirt, bei der ein dicker Platindraht die Strictur von hinten nach vorn elektrolytisch durchtrennt. Die Dauer der Sitzung ist nach Art, Sitz, Ausdehnung der Strictur verschieden. Am hartnäckigsten sind Stricturen, die durch Verletzungen entstanden sind. Die elektrolytisch gelöste Strictur besitzt nur geringe Reizung zu einem Recidiv. Es tritt eben, wie endoskopisch nachzuweisen, an die Stelle der alten, stark reticulirten Narbe eine ganz zarte und leicht dehnbare. Vom 4.—5. Tage nach der Elektrolyse an wird für 4 Wochen in viertägigen Zwischenräumen bougirt und vom Tage der Operation an eine Borsäurebleiwassermischung injicirt.

Discussion: **Lang** arbeitet jetzt meist nur mit schwachen Strömen, 2—5 M.-A. und kommt fast stets damit aus. Die Görl'sche Kugelelektrode findet er nicht so zweckmässig; die vorn dünne Olivenelektrode gestattet ein viel leichteres Vordringen in der Strictur.

4. **Kopp**: Die Prognose der chronischen Gonorrhoe und die Criterien ihrer Heilung.

Die sehr bemerkenswerthe Arbeit Kopp's stützt sich auf fünf genau beobachtete Fälle chronischer Gonorrhoe, in denen nach länger durchgeführter Behandlung auf Grund zahlreicher (resp. 16, 24, 15, 18, 22) negativ ausgefallener Untersuchungen auf Gonococcen Heilung angenommen worden war. Gleichwohl aber trat in allen 5 Fällen nach mehr oder minder langer Zeit Recidiv mit gonococcenhaltigem Secret ein, in 3 Fällen kam es zur Ansteckung der Frau resp. Geliebten. Eine frische Infection glaubt K. in diesen Fällen sicher ausschliessen zu können. K. fasst das Resultat seiner Beobachtungen in folgenden Thesen zusammen:

1. Eine absolut günstige Prognose der chronischen Gonorrhoe ist nicht zu stellen. Manche Fälle erweisen sich als gegen jede Behandlung refractär und bleiben für lange Zeit oder auch dauernd ungeheilt.

2. Eine sehr beträchtliche Zahl der geeignet behandelten Fälle von chronischer Gonorrhoe werden dauernd geheilt. Meist ist dazu eine instrumentelle Behandlung und von den chemisch wirkenden Mitteln das Argent. nitricum in erster Linie zu empfehlen.

3. Auch wenn gar kein Ausfluss aus der Harnröhre mehr vorhanden und alle Symptome subjectiver Art beseitigt sind, ist man in keiner Weise berechtigt, die chronische Gonorrhoe für definitiv geheilt zu erklären. Es erscheint speciell, wenn die Frage der Eheschliessung vorliegt, unbedingt nöthig, eine fortlaufende Untersuchungsreihe der aus dem Harn erhaltenen Fadenbildungen oder eventuell gelegentlich auftretenden Secretes vorzunehmen, und ist auch eine solche mit constant

negativem Befunde vorgenommene Untersuchung nur von relativem Werthe. Allerdings ist der Werth solcher Befunde um so grösser, je öfter die Untersuchung vorgenommen wurde.

4. Der Werth der Gonococcenuntersuchungen kann noch gesteigert werden, wenn nach einer künstlichen Reizung der Harnröhrenschleimhaut Eiterung hervorgerufen, und dieser Eiter als gonococcenfrei befunden wird.

5. Dem probeweise mit Vorsichtsmassnahmen ausgeübten Coitus kann, auch wenn jede Reaction ausbleibt, ein entscheidender Werth für die Beurtheilung einer definitiven Heilung einer Urethritis gonorrhoica nicht zugesprochen werden.

6. Unter allen Umständen aber ist, bei Entscheidung der Frage, ob die Ehe erlaubt oder nicht, der Arzt zur grössten Vorsicht verpflichtet, und ist nach meiner Erfahrung die Prognose auch nach Berücksichtigung der obigen Cautelen nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu stellen, eine absolut verbindliche Aussprache in diesem Sinne aber seitens des Arztes besser abzulehnen.

7. Da man mit grosser Wahrscheinlichkeit vermuthen darf, dass restirende localisirte virulente Herde im Schleimhautgewebe gelegentlich den Ausgangspunkt des Wiederauflebens lange Zeit latenter Gonorrhoeen abgeben, „und da insbesondere die Drüsen, Lakunen und Crypten im Bulbus und in der Pars prostatica diesbezüglich suspect sind, wird vielleicht mit weiterer Ausbildung der endoskopischen Methoden der Untersuchung und Behandlung die Möglichkeit eines gesicherteren Urtheils gegeben sein, und erscheinen mir weitere Versuche in genannter Richtung wünschenswerth.“

Discussion: **Köbner** dankt Kopp für die rückhaltlose Mittheilung seiner Befunde und dessen Zustimmung zu den in Berlin herrschenden Ansichten. Schon Bröse habe den Werth der Entscheidung durch die Abwesenheit der Coccen derart in Zweifel gezogen, dass er sogar in extremer Weise diese ganze mikroskopische Untersuchung, als im Fall des Zweifels praktisch werthlos, nicht mehr vorzunehmen erklärt hat. Auch aus den Untersuchungen Kopp's ginge die Unzulässigkeit des Schlusses, auf Grund noch so häufiger negativer mikroskopischer Untersuchungen Heilung und den Eheconsens auszusprechen, deutlich hervor. — Ferner schlägt Köbner die Ersetzung der ganz antiquirten Bezeichnung „Gonorrhoe“ durch „Blennorrhagie“ für die acuten und „Blennorrhoe“ für die chronischen Formen und demgemäss des Wortes „Gonococcus“ durch „Blennococcus“ vor.

Pick (Prag) stimmt der Ausführung Köbner's über die Bezeichnung „Blennorrhoe“ zu, die in seiner Klinik die einzig verwendete sei. Dagegen müsste man die Benennung der Coccen dem Entdecker derselben, Neisser, ganz allein überlassen. Was die ferneren Ausführungen Köbner's betrifft, so hat derselbe mehr aus Kopp's Mittheilungen herausgelesen, als dieser wollte. Kopp war früher Optimist und ist Pessimist in Bezug auf die Prognose der Gonorrhoe geworden; die Schlüsse Köbner's in Bezug auf die Verlässlichkeit der Untersuchung auf Gonococcen gehen

aber zu weit, da er die Bedeutung derselben vollkommen leugnet. Wer die Gonococcen als die pathogenen Erreger der Gonorrhoe anerkennt, darf auch auf die Untersuchung derselben nicht verzichten, ebensowenig, wie man die Untersuchung auf Tuberkelbacillen bei Tuberkulose unterlassen wird, weil sie häufig negative Resultate liefert.

Kopp ist mit dem von Prof. Pick Gesagten vollkommen einverstanden und verwahrt sich entschieden dagegen, dass seine Arbeit als eine Bestätigung der Arbeiten Bröse's aufgefasst werde, gegen die er sich durchaus ablehnend verhalte. Er halte nur nach seinen jetzigen Erfahrungen die Prognose der Gonorrhoe für weniger günstig und die Gonococcenuntersuchung nicht für absolut ausschlaggebend.

3. Sitzung. Dienstag, den 12. September 1893. Nachm. 3 Uhr.

Gemeinsame Sitzung der Abtheilungen für Dermatologie und Laryngologie.

1. „Die Syphilis der oberen Luftwege."

Referent **Seifert** (Würzburg) behandelt die klinische Seite der Frage, während der Correferent (Jarasz) die Besprechung der Trachealsyphilis und der Therapie übernommen hat.

Die Nase und ihre Höhlen wird ziemlich häufig von Syphilis ergriffen, selten freilich von primärer. S. hat 27 Fälle von Schanker der Nase aus der Literatur zusammenstellen können: meist sass derselbe am Nasenflügel, einige Male im Naseninnern, am seltensten am Septum. Die Drüsenschwellung betrifft dabei die entsprechende Submaxillardrüse und die am Ohr gelegene Lymphdrüse.

Weit häufiger finden sich die Frühformen der constitutionellen Syphilis. Der luetische Catarrh wird freilich oft übersehen und unterscheidet sich nur wenig von dem einfachen acuten Nasencatarrh. Zur Unterscheidung kann dienen, dass er nicht so stürmisch einsetzt wie dieser, dass hie und da, besonders an der Septumfläche, erythematöse Flecke auftreten, auf denen sich manchmal Papeln entwickeln, dass es bei reichlicher eitriger Secretion leicht zur Zersetzung des Secretes kommt.

Das papulöse Exanthem scheint die Nase selten zu befallen oder wird häufig übersehen. S. hat bei seinem ziemlich reichlichen Material nie wohlausgebildete Condylome im Innern der Nase gesehen, wohl dagegen Plaques an den Naseneingängen und zwar meist in Fällen, bei denen das äussere Integument der Nase von einem acneartigen Syphilid befallen war.

Am häufigsten kommen an der Nase vor und am besten bekannt sind die Spätformen. Ihre grösste Häufigkeit fällt in das erste bis dritte Jahr nach der Infection. Schon an der Aussenwand und besonders an der Innenseite der Nasenflügel sind sie nicht zu selten, und S. hat selbst mehrere solche Fälle beobachtet. Sie haben manchmal grosse Aehnlichkeit mit Lupus oder mit Epitheliom, so dass erst der Verlauf unter einer specifischen Cur die Diagnose sichert. Auch Mischformen von Syphilis und Tuberculose sowie Lupus, von Lepra und Syphilis kommen vor, ferner Carcinombildung auf syphilitischen Geschwüren resp. Narben. — Die

gummöse Erkrankung im Innern der Nase führt in der Regel zum Zerfall. Es kommt fast immer zur Knochen oder Knorpelnekrose; oft greift der Process auf die Nachbarschaft über. Muscheln und Septum osseum erkranken nahezu gleich häufig, etwas häufiger wohl noch das Septum. Die am öftersten beobachtete Entstellung ist die sog. Sattelnase. Doch ist diese nicht stets auf Lues zurückzuführen, sondern wird zuweilen beobachtet nach Phlegmonen des Zellgewebes des Nasenrückens sowie nach in den ersten Lebensjahren sich entwickelnder Rhinitis atroph. foetida.

Geschwüre des Nasenseptums besitzen meist eine longitudinale Form, präsentiren sich als Furchen. Dadurch unterscheiden sie sich von den tuberculösen Geschwüren, die von rundlicher oder unregelmässiger Form sind. Ausserdem kommt für die Differentialdiagnose natürlich noch in Betracht die histologische Untersuchung herausgekratzter Partien.

Im Nasenrachenraum wird der Primäreffect nur sehr selten beobachtet, bisher nur in 14 Fällen, und zwar war die Infection stets durch einen Tubencatheter vermittelt worden. Die Frühformen der constitutionellen Syphilis kommen im Nasenrachenraum häufig genug vor, werden aber ebenso häufig übersehen. Ausser dem — seltenen — Erythem kommen ulcerirte Papeln vor, theils mit theils ohne solche in Nase und in der Mundrachenhöhle. Die pharyngo-nasalen Gummen treten meist in der Zeit von 8—15 Jahren post infectionem auf; sie finden sich auch bei der hereditären Syphilis und zwar auch bei der tardiven Form. Prädilectionssitz für die Spätformen sind weicher Gaumen, Plica salpingo-pharyngea, hintere Rachenwand, seltener sind sie am Septum und Nasendach und in der Umgebung der Tubenmündungen. Meist kommen erst die vorgeschrittenen Stadien zu klinischer Beobachtung. Differentialdiagnostisch ist wohl nur die Tuberculose in Betracht zu ziehen. Doch greifen tuberculöse Geschwüre nie so sehr in die Tiefe und besitzen einen atonischen Charakter, während die syphilitischen sich als tiefe, unförmliche, schmutzige Geschwüre präsentiren.

Der Rachen ist verhältnissmässig häufig der Sitz eines Primäraffectes. S. hat 179 Fälle zusammenstellen können, von denen 132 auf die Zeit vom 1. April 1888 bis 1. Juli 1893 treffen. Die Sklerose sass 52mal auf der rechten, 23mal auf der linken Tonsille, beide Tonsillen waren 12mal befallen, bei 62 Fällen findet sich nur die Tonsille, ohne nähere Bezeichnung, ob rechts oder links, als Sitz der Infection angegeben, in 24 Fällen die Fauces, in zwei Fällen die hintere Rachenwand, in zwei Fällen der weiche Gaumen, in zwei Fällen der Arcus palato-glossus. Die Symptome: Unbehagen beim Schl.cken, mitunter Schmerz, der sich bei Druck auf die Umgebung des Schankers steigert. Die Geschwüre fast immer mit speckigem, graulich-braunem Belag, die Ränder der Geschwulst uneben, hart, zickzackförmig, zuweilen als starke Ringe anzufühlen. Die Submaxillar- und Maxillardrüsen angeschwollen und verhärtet. Angina syphilitica und Rachenpapeln werden, weil ja allgemein bekannt, nur kurz gestreift. — Gummata entwickeln sich häufig an Tonsillen wie an hinterer Rachenwand. Erstere sind dann geschwellt, uneben höckrig,

es bilden sich tiefe kraterförmige Geschwüre, die weit um sich greifen und narbige Stenosen des Pharynx bedingen können. An der hinteren Rachenwand beobachtet man sowohl grössere Gummata, die zu förmlichen Tumoren anwachsen können, die schmerzlos sich entwickeln oder Schwellungen an der seitlichen Rachenwand, die einfachen hypertrophischen Schwellungen sehr ähnlich sind. Differentialdiagnose gegenüber Tuberculose und Lupus oft nur durch mikroskopische Untersuchung oder ex juvantibus zu stellen.

Ueber die Häufigkeit der Kehlkopfsyphilis schwanken die Daten sehr beträchtlich. Sie dürfte etwa 3—4% der vorkommenden Kehlkopfkrankheiten betragen. Die meisten Fälle treffen auf das Alter von 20—40 Jahren, während sie im Kindesalter sehr selten ist. Primäraffection ist im Larynx nicht beobachtet worden. Die verschiedenen Formen, unter denen die Syphilis im Kehlkopf auftritt, sind nach laryngologischer Eintheilung: Catarrh, Papeln, Infiltrate, Gummata, Geschwüre, Perichondritis und Narben.

Der syphilitische Catarrh befällt seltener den ganzen Kehlkopf als einzelne Theile desselben, insbesondere Kehldeckel und Stimmbänder mit Röthung und leichter Anschwellung. Manchmal kommt es zu Erosionen an der Epiglottis, an den Stimmbändern oder auf der Höhe der Aryknorpel.

Die Papeln des Larynx sind auffallend selten; sie erscheinen als bis über linsengrosse runde oder länglichrunde, wenig erhabene Flecken, die grauweiss erscheinen, meist von einem schmalen hyperämischen Hofe umgeben sind. Selten kommt es zur Geschwürsbildung.

Die Infiltration kommt an allen Stellen des Kehlkopfes vor. Bei Localisation auf Kehldeckel und Seitenwände, auch bei der auf die Gegend des Aryknorpels können hochgradige Stenosen entstehen. Auch die Infiltration der Stimmbänder hann schwere respinatorische Störungen machen. Auch die Gummata können sich an den verschiedensten Stellen des Kehlkopfes entwickeln. In einzelnen Fällen bilden sie sich zu förmlichen Tumoren aus. Sie zeichnen sich ebenso wie die Infiltrate durch ihre grosse Neigung zum Zerfall aus.

Die Geschwüre finden sich am häufigsten an der Epiglottis, aber auch an allen anderen Stellen des Kehlkopfes. Sie zeigen infiltrirten Rand, sind scharf ausgeschnitten, der Grund belegt oder rothgrau granulirend; in ihrer Umgebung zuweilen entzündliches Oedem. Die Zerstörungen, die sie herbeiführen, sind oft recht erheblicher Natur.

Die Differentialdiagnose zwischen tuberculösen, lupösen, typhösen und carcinomatösen Geschwüren kann in der Regel nur durch den klinischen Nachweis der Syphilis oder den Ausschluss anderer Grundkrankheiten gestellt werden. Am schwierigsten ist die Unterscheidung zwischen tuberculösen und syphilitischen Geschwüren, zumal Combinationen beider Processe im Kehlkopfe vorkommen.

Die Perichondritis kann primär entstehen, meist ist sie Folge der n die Tiefe vordringenden Ulcerationen. Sie führt nicht nur durch sich

selbst grosse Gefahren herbei, sie kann auch durch entzündliche Reizung und collaterales Oedem Laryngostenose bewirken.

Die durch die Narben hervorgerufenen Störungen entsprechen deren Sitz und Ausdehnung. Von besonderem Interesse sind jene Narbenbildungen, welche in Form von Membranen eine Stenose des Kehlkopfes bedingen und deren etwa 50 Fälle bekannt sind.

Correferent **Jurasz** (Heidelberg). Die Syphilis der Trachea ist bei weitem nicht so häufig, wie die der Nase, des Rachens, des Kehlkopfs; sie dürfte nur etwa 0.25% aller Fälle von Syphilis der Halsorgane betragen (Morell Mackenzie).

Ein Primäraffect der Trachea ist natürlich nie beobachtet worden.

Von den Frühformen ist die häufigste der Catarrh; er trägt hier ebensowenig wie der syphilitische Catarrh des Kehlkopfs etc. ein specifisches Gepräge an sich. Von Papeln der Trachea sind nur 5 Fälle bekannt.

Wichtiger sind die schweren, die Spätformen der Trachealsyphilis, insbesondere die häufigste, das diffuse Syphilom, eine ausgedehnte, meist nur die unteren Abschnitte des Trachealrohrs einnehmende Flächeninfiltration mit reichlicher Gewebsneubildung. Die Schleimhaut in grossem Umfange verdickt, stellenweise hart und derb, mit Papillen, Knötchen, Falten und Leisten besetzt. Selbstverständlich resultirt eine diffuse Stenose des Tracheallumens. Beispiele des viel selteneren circumscripten Syphiloms, des Trachealgumma, haben Zeissl und Moissonnet beschrieben. Beide Formen, die diffuse wie die circumscripte, gehen in der Regel in Ulceration über. Diese beginnt meist auf der Oberfläche; doch kann der Gewebszerfall auch in der Tiefe seinen Anfang nehmen, zumal an den Trachealknorpeln. Die Geschwüre können nicht nur die ganze Trachealwand zerstören, sondern selbst in die benachbarten Organe eindringen. Sofort letal enden natürlich die Fälle, bei denen es zur Verletzung der grossen Blutgefässe (Arteria pulmonalis, Arcus aortae, Vena cava) gekommen ist. Häufig bleiben nach Abheilung der Geschwüre beträchtliche Stricturen zurück.

Die Diagnose bietet oft grosse Schwierigkeiten und ist mit Sicherheit nur auf Grund der Tracheoskopie zu stellen. Die Trachealsyphilis kann, wenn im Anfangsstadium in Behandlung gekommen, vollständig ausheilen. Gewöhnlich gehen indess die Kranken bei lange andauernder Dyspnoe an Entkräftung zu Grunde oder an einer intercurrenten Pneumonie.

Die Behandlung der syphilitischen Affectionen der oberen Luftwege hat natürlich vor allem durch constitutionell wirkende, antidyskrasische Mittel zu geschehen. Die Frage, ob daneben noch die locale Behandlung nothwendig ist, wird von den Meisten bejaht. J. ist mit Türck, Mondl, Voltolini der Ansicht, dass die Localtherapie im allgemeinen entbehrlich ist. Nothwendig, ja die Hauptsache ist sie in der Behandlung der Verwachsungen, Stenosen, Defecte, die nach den Abheilungen der Infiltrate, Geschwüre, der perichondritischen und periostitischen Processe und Necrosen zurückgeblieben sind und die Functionen der Organe oft sehr stark beeinträchtigen. Hier hat die rhinologisch- laryngologische Specialität

durch Ausbildung moderner Operationsmethoden sich unstreitig sehr bedeutende Verdienste erworben. Instructive Krankengeschichten veranschaulichen diese Methoden. Doch bieten dieselben ein zu speciell laryngologisches Interesse, so dass sich ein Referat über dieselben hier erübrigt.

Discussion: **Köbner** demonstrirt mikroskopische Präparate von einem condylomartigen kleinen Tumor der Trachea einer syphilitischen Frau. Man sieht nächst der partiellen Necrose des Epithels eine dichte, die ganze Mucosa und Submucosa bis auf den Knorpel durchsetzende Zelleninfiltration.

Schech (München) beobachtete 5 Fälle schwerer Trachealsyphilis, speciell der Bifurcation. 3 Fälle verliefen letal, 2 endeten in Genesung. So lange noch kein Zufall vorhanden ist, ist die Prognose gut, andernfalls absolut schlecht. In dem zuletzt beobachteten Falle bestand eine nahezu völlige Verwachsung des rechten Bronchus und eine Pericondritis und Verengerung des linken Bronchus; die Affection war 29 Jahre nach der Infection aufgetreten.

Fischenich (Wiesbaden) betont Jurasz gegenüber den grossen Vortheil der gleichzeitigen localen Therapie. Die subjectiven Symptome verschwinden dabei viel schneller. In einzelnen Fällen von ulcerirten Plaques des Nasenrachenraumes, in denen das die Patienten am meisten belästigende Symptom der hauptsächlich im Hinterkopf localisirte Kopfschmerz bildet, kann derselbe trotz energischer Schmiercur fortbestehen, während geeignete locale Behandlung — Einblasung von Calomel — Cocain — ihn rasch beseitigt.

Barth. In Folge von Reizen scheinen bei latenter Syphilis leicht frische Erkrankungen in den oberen Luftwegen einzutreten. B. hat drei Fälle beobachtet, wo sich, in einem nach der Diphtherie an der hinteren Rachenwand, in den beiden anderen nach Cauterisation der unteren Nasenmuschel, direct syphilitische Ulcerationen anschlossen, die unter Jodkali bald heilten.

Schuster (Aachen) befürwortet insbesondere für die ulcerativen, zerstörenden Formen der Nasenhöhlensyphilis sehr warm eine sorgfältige örtliche Behandlung neben der allgemeinen.

2. **Köbner.** Unterstützung von Aetzwirkungen auf Schleimhäuten durch Abänderungen physiologischer Secretionen.

K. hat bei Aetzungen der Mund- und anderseits der Harnröhrenschleimhaut mit Nutzen ein therapeutisches Princip erprobt, welches gewiss allgemeinerer Anwendung fähig ist. Er hat in zweierlei Weise die Wirkungen von Aetzmitteln auf Schleimhäute zu unterstützen gesucht: einmal quantitativ durch Verminderung des Secrets, zweitens durch qualitative, chemische Veränderung des Secrets.

Wunden der Mundschleimhaut bei Leukoplakie, welche mit Chromsäure oder Abrasio mucosae oder dem Thermokauter behandelt worden waren, heilten oft sehr schwer dadurch, dass reichliche Speichelsecretion die gesetzten Schorfe hinwegschwemmte. Um für den Aetzschorf eine längere Adhäsionsfähigkeit zu erzielen, liess K. 30 bis 40 Minuten vor jeder Aetzung 20 Tropfen einer 2%igen Lösung von Extractum

Belladonnae einnehmen und nach 2—3 Stunden wiederholen. Das Mittel hatte den gewünschten Erfolg, die Geschwüre heilten rascher und die Patienten waren von der lästigen Salivation befreit.

Für die zur Heilung der alten Urethritis postica unentbehrlichen Lapisinjectionen (mittelst Guyon'schen oder Ultzmann'schen Instruments) suchte K. die Schmerzen beim Harnlassen und den Tenesmus vesicae durch qualitative Veränderung des Harns zu lindern. Er erreichte dies, indem er $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunden vor der Injection $^1/_2$ bis 1 Theelöffel Natr. bicarbon. (in Wasser) einnehmen liess. Durch die so bewirkte Alkalescenz des Harns traten jene Beschwerden nicht mehr auf.

4. Sitzung. Mittwoch, den 13. September 1893, Nachmittag 2 $^1/_2$ Uhr.

1. **Neuberger** (Nürnberg). Vorstellung eines Falls von Lues maligna.

Schwächlicher anämischer, 29jähriger Mann. Anfang Januar 1893 Sklerose, die recht schnell gangränescirte, bald von Roséola gefolgt war und im Verlauf einer Injectionscur mit Hydrargyr. salicylic. vernarbte. Nunmehr aber traten papulöse Efflorescenzen auf, die bald ulcerirten. Die Ulcerationen nahmen trotz Quecksilberbehandlung zu. Patient wird in N.'s Klinik aufgenommen und durch Einnehmen von Jodkalium, subcutane Europheninjectionen, locale Application einer 5%igen Europhensalbe in 9 Tagen geheilt. Seitdem von Zeit zu Zeit Recidive, stets in Form kleinerer und grösserer Ulcerationen. N. demonstrirt die zahlreichen Narben und zwei grosse, vor etwa 14 Tagen aufgetretene Gummata auf der linken Planta pedis.

N. rühmt besonders den Erfolg der Europhensalbe und der Europheninjectionen.

2. **Neuberger.** Vorstellung eines Falles von Dermatitis herpetiformis.

Patient ist seit 5 Jahren mit einem juckenden, in unregelmässigen Intervallen sich wiederholenden, in Gestalt kleiner, gruppirt angeordneter Bläschen auftretenden Hautausschlage behaftet. Als Patient vor einem Jahre in die Behandlung des Vortragenden trat, war die Eruption eine sehr hochgradige. Durch interne Arsendarreichung und Anwendung von 10%iger Salicylpasta wurde in kurzer Zeit wesentliche Besserung erzielt. Besonders günstigen Erfolg scheinen auch die im warmen Wasserbade vorgenommenen Theerabpinselungen zu haben.

Patient hat seitdem nur ganz selten und nur geringgradige Recidive gehabt. Zur Zeit besteht ein solches: verschiedene neu aufgetretene Efflorescenzen, speciell am Halse in Gruppenform sichtbar; ausserdem als Reste der früheren Eruptionen zahlreiche Pigmentirungen.

3. **Neuberger.** Fall von Trophoneurosis bulloso-gangraenosa.

18jähriges anämisches Mädchen, das sich vor etwa einem Vierteljahre auf der Beugeseite des rechten Vorderarmes vermittelst einer Glasscheibe eine Verletzung zuzog. An Stelle der Verletzung jetzt eine ca.

4 Cm. lange, 1 Cm. breite derbe Narbe, neben derselben nach aussen eine taubeneigrosse Vorwölbung, die auf Druck schmerzhaft ist, und den Eindruck eines Neuroms macht. Es handelt sich um eine Verletzung des Nervus medianus, durch welche die 2. und 3. Phalangen des Zeige- und Mittelfingers auf der Volarseite und die Endphalangen derselben Finger auf der Dorsalseite völlig anästhetisch wurden. An den anästhetischen Stellen treten von Zeit zu Zeit Blasen auf. Der Inhalt der Blasen wird bald eitrig, der Blasengrund gangränös, nach einiger Zeit tritt Heilung ein. Die letzte Eruption, die 4., trat vor ca. 14 Tagen auf und war bisher die stürmischste. Zum Schluss geht N. auf die verwandte Literatur ein, speciell auf den von Kaposi unter der Bezeichnung Pemphigus neurotico-traumaticus geschilderten Fall.

4. **Galewsky** (Dresden). Lichen ruber und Pityriasis pilaris.

G. demonstrirt Photographien und Mikrophotographien sowie mikroskopische Präparate seiner beiden Fälle von Pityriasis rubra pilaris und eines jüngst beobachteten Falles von acutem Lichen ruber, der primär und perifolliculär entstand, also Gelegenheit bot zur Vergleichung der perifolliculären Knötchen beider Krankheiten. Eingehende mikroskopische Untersuchung führt G. zu folgenden Schlüssen:

1. Das Lichen-ruber-Knötchen hat seine Entstehung in der Cutis, während der ganzen Dauer der Erkrankung besteht starke kleinzellige Infiltration im Corium, während und nach der Abheilung tritt dafür sehr starkes Pigment auf. Das Pityriasis-r.-p.-Knötchen ist bedingt vornehmlich durch eine Hyperkeratose ausgehend vom Follikel. Es besteht nur eine geringe, kaum über das Normale hinausgehende Infiltration.

2. Das Lichen-ruber-Knötchen sitzt also fest im Corium und ist infolge dessen nicht abkratzbar, das Pityriasis-r.-p.-Knötchen gemäss seiner Zusammensetzung aus Hornmassen ist abkratzbar.

3. Das Lichen-ruber-Knötchen ist entsprechend seiner Entstehung durch kleinzellige Infiltration primär mehr miliar als acuminirt, es wird erst acuminirt, wenn die secundäre Hyperkeratose hinzutritt. Das Pityriasis-r.-p.-Knötchen ist stets acuminirt, entsprechend seinem Entstehen durch Hyperkeratose.

5. Sitzung. Donnerstag, den 14. September 1893. Vorm. 9 Uhr.

Saalfeld (Berlin). Bakteriologische Untersuchungen über Losophan.

Angeregt durch die günstige therapeutische Wirkung des Losophans hat S. dasselbe bakteriologischer Prüfung unterzogen. Die mit einer 1%igen spirituösen Lösung an mit Culturen imprägnirten Seidenfäden, theils auch an isolirten Reinculturen (letzteres bei Trichophyton t. und Achorion Schönleinii) unternommenen Versuche ergaben ausserordentlich günstige Resultate, von denen S. zunächst als besonders wichtig hervorhebt, dass Trichophyton tonsurans und Achorion Schönleinii in 30 Secunden abgetödtet wurden.

Auf Wunsch des Vorsitzenden theilt S. noch kurz seine therapeutischen Erfahrungen über Losophan mit, die bereits in extenso publicirt sind. (Therapeut. Monatshefte 1892 Nr. X.)

Discussion: **Behrend.** Die bisherigen Behandlungsmethoden der Pityriasis versicolor gaben meist nur vorübergehend günstige Resultate einmal weil stets noch Pilzelemente, namentlich in den Infundibulis der Haarbälge zurückbleiben, dann weil häufig viele Flecken so blass sind, dass sie übersehen werden. Nur das Chrysarobin und die Jodtinctur leisten gerade auch mit Rücksicht auf diese beiden Punkte befriedigendes. Ihre nachtheiligen Nebenwirkungen sind aber dabei so bedeutend, dass es mit Freuden zu begrüssen wäre, wenn wir im Losophan ein Mittel erhielten, welches ihre Leistungsfähigkeit, aber nicht ihre unangenehmen Nebenwirkungen theilte.

Jessner (Königsberg) fragt, wie lange die Behandlung des Herpes tonsurans an unbehaarten Stellen mit Losophan dauert, und ob dieselbe schneller ist als mit den alten Mitteln wie Ungt. Wilkinsoni u. a. Man muss in der heutigen Zeit, in der die Chemiker mit ihren Präparaten die Medicin förmlich überfluthen, in der so viele Präparate, von denen die besten Resultate zuerst gemeldet sind, bald der verdienten Vergessenheit anheimfallen, die grösste Skepsis an den Tag legen, stets prüfen, ob dieselben Vorzüge vor den älteren haben.

Saalfeld möchte auf die Frage J e s s n e r's über die Behandlungsdauer des Herpes tonsurans eine bestimmte Antwort nicht geben, doch hebt er die günstigen Resultate gegenüber allen sonst gebräuchlichen Mitteln hervor, die in einzelnen Fällen durch Controlversuche beim selben Patienten an verschiedenen analogen Stellen sehr klar demonstrirt werden konnten.

2. **Galewsky.** Ueber Naevus verrucosus linearis entsprechend dem Verlaufe der Grenzlinien von Voigt.

Der fragliche Naevus erstreckt sich, wie sich aus der vorgelegten Photographie ergibt, von der Leistengegend längs der inneren Seite des Femur bis zum Kniegelenk.

Es handelt sich in G.'s Falle um eine seit der Geburt bestehende Affection, welche durch ihren Juckreiz und die dadurch entstandene arteficielle Dermatitis des jetzt 6jährigen Kindes sehr hinderlich wurde. Die Affection heilte unter Deckverbänden ab, der Juckreiz schwand, kehrte aber stets wieder, sowie der Allgemeinzustand des Kindes darniederlag (z. B. einmal nach Scharlach). G. erklärt im Anschluss an die mikroskopische Demonstration die Erkrankung für eine partielle Ichthyosis hystrix, entsprechend den Anschauungen Philippsons.

Discussion: **Saalfeld** erwähnt zwei von ihm beobachtete Fälle von sog. Nervennävus, von denen der eine für, der andere gegen die ausschliesslich neurotische Natur der Affection spricht, so dass S. räth, vorläufig für die noch vielfach dunkle Erkrankung eine vermittelnde Stellung einzunehmen.

3. **Beckh.** Aneurysma syphiliticum.

B. stellt aus seiner Privatpraxis einen 26jährigen Arbeiter vor mit einer handtellergross über den rechten Brustbeinrand sich erstreckenden, deutlich pulsirenden Geschwulst, welche unzweifelhaft ein Aneurysma des Arcus aortae und der Aorta descendens ist. Dasselbe entwickelte sich vor 2½ Jahren unter neuralgischen Schmerzen in der rechten Oberarm- und Schultergegend und machte bald den Kranken wegen heftiger Schmerzen und Dyspnoe vollständig arbeitsunfähig. Trotz absoluter Bettruhe und Gebrauch des Eisbeutels wuchs die Geschwulst, hob den aufgelegten Finger und spitzte sich in der Mitte konisch zu. Anamnestisch sprach nichts für Syphilis, doch fand sich am Hodensack eine ausgedehnte Leukodermie mit dunklen Pigmenträndern, welcher ein Blasenausschlag vorausgegangen sein soll. Ferner hatte B. eins der Kinder des Pat. an einer suspecten Knochenauftreibung behandelt, die auf Jodkali vollständig heilte, und ein anderes Kind zeigte nach der Untersuchung eines Augenarztes luetische Veränderungen der Netzhaut. Frau und 5 andere Kinder gesund. Am meisten für den syphilitischen Ursprung des Aneurysma aber spricht, dass es unter 1¼ Jahr lang consequent durchgeführter Jodkalicur sich bedeutend zurückbildete. Pat. ist jetzt seit über 1 Jahr bei zeitweiligem Jodkaligebrauch wieder arbeitsfähig. Die Geschwulst hat sich beträchtlich abgeflacht; der Finger fühlt zwar, soweit die Dämpfung geht, deutlich die Pulsation, wird aber nicht mehr gehoben.

Discussion: **Kollmann** erwähnt einen ähnlichen Fall, den er vor ca. 10 Jahren in hausärztlicher Praxis sah. Auch hier bestand Verdacht auf vorausgegangene Lues, ohne dass diese sicher nachzuweisen gewesen wäre. Auf Jodkali gingen ebenfalls die Beschwerden zunächst merklich zurück.

4. **Epstein.** Ueber das Vorkommen eosinophiler Zellen im Gonorrhoe-Eiter.

Im Gonorrhoe-Eiter finden sich für gewöhnlich nur ganz spärlich eosinophile Zellen in der Masse der neutrophilen Zellen. E. hat in 6 Fällen ein reichliches Vorkommen eosinophiler Zellen beobachtet, und zwar einmal in einem Falle von (wahrscheinlich) Folliculitis blennorrhoica der Fossa navicularis im Follikulitis-Secret. Von den andern fünf Fällen war bei dreien eine acute oder subacute Prostatitis vorhanden, und hier fanden sich dann die eos. Z. im Prostataeiter ebenfalls vor, stets in reichlicher Menge, in einem Falle etwa 30% aller Eiterkörperchen. Ein 4. Fall ohne subjective Symptome von Seiten der Prostata, auch diese kaum vergrössert, nur wenig schmerzhaft, doch in ihrem Secret zahlreiche e. Z. Im 5. Falle endlich Prostata normal, im spärlichen Secret derselben keine e. Z.

Es hat also den Anschein, als ob die Ansicht Neusser's, dass die e. Z. im Gonorrhoesecret aus den Drüsen der Urethra, speciell der Prostata stammten, durch die Beobachtungen E.'s eine gewisse Stütze fände.

Discussion: **Seifert** kann nach seinen Untersuchungen den e. Z. keinerlei diagnostische Bedeutung zuerkennen. Er fand sie in grossen Mengen sowohl bei ganz frischer Gonorrhoe als bei chronischer als auch bei der acuten gonorrhoischen Urethritis des Weibes. Untersucht man in

solchen Fällen auch das Blut, so findet man einen gewissen Parallelismus zwischen dem mehr oder minder reichlichen Vorkommen von e. Z. im Blute und im Secret.

Bezüglich der Bildungsstätte der e. Z. weichen S.'s Untersuchungsresultate von denen Neusser's ab. Wäre, wie Neusser will, die Haut eine Bildungsstätte der e. Z., so müsste man bei jenen Hautkrankheiten, bei denen das Blut einen hohen Gehalt an e. Z. aufweist, in excidirten Hautstückchen eine erhebliche Vermehrung der e. Z. nachweisen können, und das ist nach S.'s Untersuchungen sicher nicht der Fall.

5. **Neuberger.** Ueber einen Fall von Syringomyelie mit Haut- und Schleimhauterscheinungen.

43jähriger Kaufmann, der ausser einem schon lange Jahre bestehenden Rachencatarrh stets gesund war. Pat. ist seit 14 Jahren verheiratet, hat mehrere völlig gesunde Kinder. 1887 Ulcus auf der Dorsalseite des Praeputium, bald auch ein über den ganzen Körper verbreiteter fleckenartiger Ausschlag. Beides heilt unter Inunctionscur. In den nächsten Jahren öfters anfallsweise unter heftigen Schmerzen auftretende, beträchtliche Anschwellung der Zunge mit Bildung zahlreicher seichter Geschwüre an der Zungenspitze und am rechten Zungenrande. Gleichzeitig einigemale auch Schmerzen im Halse, einmal sogar ein Erstickungsanfall. Stets trat nach einigen Tagen glatte Heilung ein. Trotz zahlreicher antiluetischer Curen (Inunctionen, Hg.-Pillen, Jodkali) und trotz ärztlicher Behandlung immer wieder Recidive. Im April 1892 traten auf der Haut in ganz unregelmässiger Lokalisation zahlreiche Ulcerationen auf, die absolut keine Heilungstendenz zeigten. Durch Jodoformapplication entsteht eine Dermatitis, derentwegen N. zugezogen wird.

Status: Patient sehr schwach, kolossal abgemagert. Beiderseitige Periostitis tibiae. Am Körper unregelmässig vertheilt zahlreiche, bis über thalergrosse Ulcerationen, deren Umgebung ekzematösgereizt. Diagnose: Lues maligna. Therapie: Nach Abheilung des Ekzems innerlich Jodkali bis zu 6.0 pro die, tägliche Europheninspersionen, local Emplastr. cinereum. In 14 Tagen Heilung der Ulcerationen, der Periostitis, enorme Gewichtszunahme. Mitte Juli traten an einzelnen Fingern neue Eruptionen auf: kreisrunde, scharf umschriebene, nässende Stellen, die den Eindruck einer frisch geplatzten Blase machten, aber unter Emplastr. hydrargyri schnell abheilten. Auch wiederholen sich in unregelmässigen Intervallen die Schleimhauterscheinungen in eingangs geschildeter Form, und es liess sich beobachten, dass die zahlreichen Recidive auf Haut wie Schleimhaut sich aus kleinen, stecknadelkopfgrossen, derben Bläschen entwickelten, also Diagnose: Pemphigus. Erst später kurze Zeit vor dem Tode wurde eine neurologische Untersuchung vorgenommen, die totale Anästhesie ergab und zur Feststellung einer Syringomyelie führte.

Durch plötzliches Auftreten zahlreicher Bläschen im Larynx und durch hierdurch hervorgerufene Schwellung der Stimmbänder trat plötzlich im Juli dieses Jahres ein Erstickungsanfall auf, dem der Patient

erlag. Sectionsbefund: Syringomyelie. Offenbar handelte es sich um eine Combination von Lues und Syringomyelie.

6. **Behrend** (Berlin). Ueber Dysidrosis (Tilbury Fox).

Tilbury Fox hat die Affection mustergiltig präcisirt als Eruption von Bläschen mit wasserklarem Inhalt, die zumeist an den Seitenflächen und Streckseiten der Finger, am Ulnarrande der Hand sowie an den Handflächen, seltener an den Füssen vorkommen und das Aussehen gequollener Sagokörner besitzen, die später eintrocknen, so dass die leere Bläschenhülle zurückbleibt, die sich in Form von Hornblättchen ablöst. Fox, der die Eruption auf eine Behinderung des Schweisses zurückführt, sieht als Ursache der Erkrankung nervöse Allgemeinstörungen an.

Diese Ansicht ist vollkommen irrig, da auch ganz gesunde Personen sehr häufig von der Affection befallen werden. Wenn man die Localisation der Bläschen näher betrachtet, ergibt sich, dass sie sich an Stellen finden, welche einem häufigeren mechanischen Druck ausgesetzt sind. Hierdurch wird der durch die Epidermis laufende gewundene Endtheil des Drüsenausführungsganges, der keine eigene Wandung besitzt, sondern nur eine Lücke in den Zellagen darstellt, mechanisch verlegt, der abgesonderte Schweiss infiltrirt sich in die intercellulären Lymphräume und führt, indem er bei fortdauernder Secretion die Zellagen zerreisst, zur Trennung derselben und zur Abhebung der Horndecke. In diesem Stadium reagirt der Bläscheninhalt sauer, sehr bald jedoch gesellt sich zu der Flüssigkeit ein Exsudat aus den Gefässen, und man erhält alsdann neutrale oder alkalische Reaction, wie beim Ekzembläschen, von dem sich jenes auch mikroskopisch-anatomisch nicht unterscheidet. Indem dann das Bläschen eintrocknet, die Bläschendecke abschilfert, entwickelt sich genau das Bild des squamösen Ekzems. Bei ganz jungen Kindern können sich die Bläschen selbst mit Eiter füllen und durch Eintrocknung zu impetiginösen und nässenden Ekzemen werden; häufig entwickeln sich letztere direct aus den Bläschen.

Da also weder pathologisch-anatomisch noch klinisch zwischen der Dysidrosis und dem Ekzem eine Differenz zu constatiren ist, muss man dieselbe als Ekzem auffassen.

Discussion: **Galewsky** bemerkt, dass ähnliche Bilder, hervorgerufen durch Hyperkeratose, also durch Verschluss, bei Pityriasis rubra pilaris entstünden (cf. die Veröffentlichungen von Besnier und G. selbst über diese Krankheit). In einem Falle von Dysidrosis, der sich stets auf die Innenseite eines Fingers beschränkte, entstanden bald grosse, bald kleine, miliare Bläschen.

Jessner. Nach Behrend's Ausführungen beruht die Dysidrosis auf Retention von Schweiss. Es ist also die Schweisscyste das primäre, für das Leiden charakteristische. Demnach könnte man nur klinisch das Leiden mit Ekzem identificiren, dem Wesen nach sind sie ja doch verschieden. Der primäre pathologische Vorgang ist nach Behrend ja die Behinderung des Schweissabflusses, die entzündlichen Erscheinungen treten

erst secundär hinzu, während beim Ekzem das Bläschen der Ausdruck der durch Entzündung bedingten Exsudation ist.

7. **Köbner.** Ueber Pemphigus vegetans nebst diagnostischen Bemerkungen über die anderen mit Syphilis verwechselten, blasenbildenden Krankheiten der Schleimhäute und der äusseren Haut. Köbner gibt zunächst eine kurze, durch reiche eigene Casuistik sehr interessante Synopsis der mit Syphilis öfters verwechselten, blasenbildenden Processe der Haut und der Schleimhäute, nämlich der Aphthen, der durch Uebertragung der Maul- und Klauenseuche entstandenen Aphthenseuche, der verschiedenen Herpesformen, des Herpes Iris, der Dermatitis herpetiformis Duhring's (die er vorzieht Hydroa pruriginos. Tilbury Fox zu nennen), der Impetigo herpetiformis, verschiedener blasenbildender Arznei-, Ex- und Enantheme (nach Antipyrin, Jodsalzen etc.) und des Pemphigus chronicus.

Gemeinsame Merkmale aller dieser Affectionen gegenüber Syphilis sind:

1. ihr oberflächlicher Sitz, und dem zufolge 2. keine Narben oder nur ganz vereinzelte, durch die complicirende Eiterung entstehende, 3. die Beschaffenheit des Belages und der Umgebung desselben (auf Schleimhäuten), 4. der häufige Wechsel des Sitzes während desselben oder verschiedener Ausbrüche, 5. auf der Haut keine Polymorphie (mit Ausnahme der Duhring'schen Krankheit), vielmehr Constanz desselben Ausschlags-typus, 6. die Beobachtung der Entstehungsweise und 7. der Verlauf.

Indem K. sich dann zum Pemphigus vegetans wendet, gibt er die zum Theil durch Abbildungen illustrirten Krankengeschichten dreier von ihm beobachteter Fälle, deren einer geheilt wurde, die beiden anderen letal endeten. Von dem wichtigsten und schwersten dritten werden auch Sectionsbefund und die (mit negativem Resultate vorgenommenen) bakteriologischen Untersuchungen berichtet.

Auf die histologischen, diagnostischen und allgemein therapeutischen Daten einzugehen, war Köbner der vorgerückten Zeit halber nicht mehr möglich; er behält sich dies für die ausführliche, mit Abbildungen ausgestattete Publication vor.

8. **Berliner.** Ueber eine Zinkösypuspasta. (Auszugsweise verlesen.)

B. empfiehlt sehr warm Versuche mit folgender Pasta:

Rp. Zinc. oxydat.
Amyl. oryt. aa. 4.0.
Oesyp.
Ol. olivar. aa. 3.0.
Mfpasta.

Er hat dieselbe theils zur, theils mit Zusätzen von Schwefel, Bismuth, Resorcin angewandt und bei Ekzemen, Verbrennungen und Erfrierungen, Acne vulgaris (hier zumal mit 20% Resorcin-Schälpasta), Acne rosacea, Sycosis non parasitaria sehr günstige Resultat verwendet.

Bei Psoriasis ist sie natürlich ohne jeden directen Einfluss, bewährt sich aber in den Zwischenpausen der eigentlichen (Chrysarobin- oder Pyrogallol-) Behandlung sehr gut durch schnelle Beseitigung des durch diese Mittel gesetzten Reizzustandes der Haut.

9. **Oefelein** (Nürnberg). Ueber die Verwendbarkeit des Europhens. Nach in Gemeinschaft mit Neuberger unternommenen Untersuchungen.

Das Europhen wurde in fast 200 Fällen verwendet und bewährte sich in jeder Hinsicht auf's beste. Bei grösseren und kleineren Wunden, sowohl frischen reinen wie eiternden erzielte Europhen, als Pulver applicirt, schnelle und glatte Heilung.

Verbrennungen wurden mit 1—5% Europhensalbe sehr günstig behandelt. Bei mehr als 30 Fällen von Balanitis erwies es seine reizlose, schnell austrocknende Wirkung, ebenso in vielen Fällen von Erosionen, Rhagadenbildungen, Herpes praeputialis etc. etc. Bei Ulcus molle — in etwa 40 Fällen — ging die Heilung ausnahmslos schnell von Statten, niemals eine Störung des Wundverlaufs durch Ekzem, Oedem etc. Das Europhen wurde hier stets ohne vorherige Desinfection mit Carbolsäure und ähnlichen Mitteln gebraucht; es bewährte sich auch bei sehr grossen, multipeln, gangränösen Ulcerationen. Auch bei Initialsclerosen, speciell gangränösen, und bei nässenden Papeln gab das Mittel gute Resultate.

Besonders empfehlenswerth ist das Mittel bei tertiärer Lues. Hier hat es ebenso wie in Fällen von Lues maligna, sei es in subcutanen Injectionen (täglich 1 Spritze 1—2% Oellösung) zur Allgemeinbehandlung, sei es local als Pulver oder 1—10% Salbe angewandt, Oe. und N. gute Dienste gethan, ohne je erwähnenswerthe Nebenwirkungen zu haben.

Discussion: **Lieven** hat das Europhen als Streupulver bei chirurgischen Eingriffen sowie bei luetischen Affectionen mit gutem Erfolge verwendet; nur zweimal traten wenige Minuten nach Application heftige Schmerzen auf, welche die Entfernung des Pulvers nöthig machten.

Von der irritirenden Wirkung des Mittels macht L. bei Rhinitis atrophicans nach geheilter Nasenlues ausgiebigen Gebrauch. Er wendet es in 10% Vaselinsalbe an und erzielt dadurch reichliche Secretion. Dabei ist es nöthig den Naseneingang mit indifferenter Salbe zu bestreichen zur Vermeidung von Ekzemen durch die abundante Secretion.

Am Nachmittage des Donnerstags versammelten sich dann noch eine grössere Anzahl von Sectionsmitgliedern im städtischen Krankenhause, wo auf Beckh's Abtheilung Kollmann und Görl je ihre Beleuchtungsapparate zur Urethroskopie (Oberländer-Heymann resp. Reiniger, Gebbert & Schall) an Patienten demonstrirten.

Abtheilung XII für innere Medicin.

Sitzung vom 12. September.

Dehio (Dorpat) gibt zunächst eine kurze Schilderung des Krankheitsbildes bei der Lepra anaesthetica.

Die mikroskopische Untersuchung der anästhetischen Hautflecken und der zugehörigen cutanen Nervenzweige zeigt, dass die localen circumscripten Anaesthesien dadurch zu Stande kommen, dass die flächenhaft in der erkrankten Haut sich ausbreitende lepröse Neubildung in die Saftspalten und Lymphgänge der Haut eindringt und namentlich in die röhrenförmigen Gewebslücken vorwuchert, in welchen die feinsten Endzweige der Hautnerven verlaufen. Dadurch werden die feinsten Nervenendigungen innerhalb der Flecken zerstört, und so erklärt sich die bisher so räthselhafte Anästhesie der letzteren.

Die Bildung der anästhetischen Hautflecken ist also ein rein localer Process, der mit einer Erkrankung grösserer Nervenstämme nichts zu thun hat.

In späteren Stadien der Krankheit kriecht nun die kleinzellige lepröse Neubildung von der Haut, dem Verlauf der Nerven folgend, in den Nervenscheiden aufwärts, zerstört die Nervenfasern und setzt an Stelle der Nervenstämme schliesslich dicke, aus Bindegewebe und Rundzellen bestehende Gewebsstränge, die natürlich jegliches Leitungsvermögen eingebüsst haben. Es schliesst sich also bei der Lepra anaesthetica an die Bildung der anästhetischen Hautflecke als ein secundärer Process eine Neuritis leprosa ascendens an. Von dieser abhängig sind: die mehr diffus ausgebreiteten Sensibilitätsstörungen, atrophische Paresen und Lähmungen, die trophischen Störungen in der Haut und den tieferen Geweben.

Abtheilung XVIII für Neurologie.

Sitzung vom 12. September.

Eulenburg (Berlin). Ueber Erythromelalgie.

E. beobachtete in den beiden letzten Jahren drei Fälle von Erythromelalgie, welche seine Anschauung bestätigen, dass es sich bei diesem Leiden nicht um eine selbständige Erkrankung, sondern um einen gemischten, sensitiv-vasomotorischen Symptomencomplex von wahrscheinlich centralem, intramedullärem Ursprunge handelt.

1. Fall. 30jährige Dame aus neuropathischer, zur Muskelatrophie neigender Familie. Das Leiden war nach Chloroanämie und im Anschluss an eine Entbindung eingetreten. Die Anfälle, meistens nächtlich, kamen besonders nach Anstrengung durch Handarbeit, nach gastrischen Störungen sowie vor der Menstruation; ausser der Erythromelalgie bestand eine ausgebreitete Erkrankung der Musculatur am Schultergürtel und Oberarm in der Form sogenannter juveniler Dystrophie. (Erb.)

2. Fall. 45jährige Schneiderin, hysterisch, aus neuropathischer Familie. Als ätiologische Momente kamen in Betracht schwere Gemüthsaffecte, Nahrungssorgen, sowie langjährige Verdauungsbeschwerden, daneben anstrengende Handarbeit. Die Erythromelalgie trat auch hier plötzlich, zuerst Nachts auf; die Anfälle wiederholten sich häufig, waren im Winter seltener und leichter. An den Extremitäten Abschwächung des Schmerz- und des Temperaturgefühls, namentlich an den Endgliedern der Finger sowie im Fussrücken. Ausser diesen Erscheinungen schwere Symptome eines fortschreitenden Cerebralleidens mit Congestionen und apoplectiformen Anfällen, heftigem Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, taumelnder Gang, Intelligenz- und Gedächtnissabnahme, Hallucinationen. Augenuntersuchung: bedeutende concentrische Gesichtsfeldbeschränkung; ophthalmoskopischer Befund: anfangs leichte entzündliche Veränderungen an den Papillen, später das Bild einer Retinitis haemorrhagica beiderseits.

3. Fall. 54jähriger Schneider, der mehrere Jahre an schwerer Malaria gelitten hatte, und bei dem die Erythromelalgie im Anschlusse daran zuerst im rechten Fusse, später — angeblich nach einer auf Wache verbrachten kalten Nacht — in der linken Hand auftrat und auf diese beiden Gliedmassen beschränkt blieb. Auffallend waren plötzliche Schweissausbrüche und Reizung zu Blutungen an den betroffenen Gliedmassen. Hier war ein hereditäres Moment erkennbar, von der Mutter her, die viele Jahre hindurch denselben Zustand an den Füssen gehabt hatte. Uebrigens bestanden auch hier leichte allgemeine Kopfsymptome, Kopfschmerzen und Schwindel.

E. erörtert kurz die Aetiologie und differentielle Diagnose des Zustandes und macht auf den Zusammenhang aufmerksam, in dem die Erythromelalgie einerseits mit gewissen verwandten functionellen Störungen (z. B. der Acroporo aesthesie von Fr. Schultze und Laquer), anderseits zu gewissen pathologisch-anatomisch fundirten Processen im Centralnervensystem, namentlich zur Syringomyelie, zur Morvan'schen Krankheit und zu dem von Grasset und Ranvier beschriebenen bulbomedullären Syndrom steht. Gemeinsam ist hier eine eigenartige Combination sensitiver mit vasomotorischen, secretorischen und trophischen Störungen (wie sie in leichterem Grade auch der Erythromelalgie zukommen können). Wahrscheinlich ist der Ausgangspunkt der typischen Sensibilitätsstörungen bei jenen Spinalerkrankungen in den Hinterhörnern, der Ausgangspunkt der vasomotorisch-secretorischen Störungen in dem intermediolatralen Zellentractus Clarke's (den sog. Seitenhörnern) zu suchen.

Discussion:

Edinger (Frankfurt a/M.) berichtet über einen Fall von Erythromelalgie, der auf das rechte Bein (Fuss) beschränkt, nach Erfrieren im Jahre 1870 entstanden ist und bis heute andauert. Der Patient stand, verzweifelt über die Schmerzen, vor der Amputation, als E. entdeckte, dass neben der Affection eine Tabes vorhanden war. Der Zusammenhang beider Affectionen ist von theoretischem Interesse. E. hat den Eindruck,

dass der ganze Complex durch Affection des Wurzelapparates, auch des centralen, erklärbar sein würde.

Eulenburg. Der interessante Fall Edinger's bestätigt ebenfalls den Zusammenhang von Erythromelalgie mit centralen Erkrankungen.

Sitzung vom 12. September.

W. Uhttoff. Beitrag zu den Sehstörungen bei Hirnsyphilis.

Uhttoff berichtet über seine klinischen Untersuchungen über obiges Thema. Ueber die anatomischen Veränderungen hat er schon eingehend berichtet. (v. Graefe's Archiv Bd. XXXIX, 1.) Seine Resultate beziehen sich auf eine Reihe von 100 Fällen von Hirnsyphilis.

1. Ophthalmoskopische Erscheinungen: Stauungspapille 14mal, Neuritis optica 12mal, einfach atrophische Verfärbung der Papillen 14mal, sonstige ophthalmoskopische Befunde 8mal, negativer ophthalmoskopischer Befund 52mal. Aber unter den letzteren 52 in einer Anzahl von Fällen noch Sehstörungen und anatomische Veränderungen im Verlaufe des optischen Leitungsapparates.

2. Besprechung der Gesichtsfeldanomalien und ihre Bedeutung namentlich auch in differentiell-diagnostischer Beziehung sowie mancher eigenartiger und charakteristischer Züge für die Sehstörung bei Hirnsyphilis, namentlich andern Sehstörungen gegenüber (progressiver Atrophie, multipler Sclerose, retrobulbärer Neuritis etc.).

3. Besprechung der Pupillarerscheinungen bei Hirnsyphilis: der typischen reflectorischen Pupillenstarre, der Ophthalmoplegia interna, der hemianopischen Pupillenreaction, der sog. paradoxen Reaction und des Hippus.

Discussion: **Bruns** (Hannover) erwähnt einen Fall von Hemianopsia inferior bei einer früher Syphilitischen. Es war wahrscheinlich Neuritis optica vorausgegangen. Später bestand deutliche Atrophie der oberen Maculahälften. Noch später erkrankte auf dem einen Auge auch ein unterer Quadrant, so dass hier nur ein Quadrant des Gesichtsfeldes erhalten war. Sonstige Hirnerscheinungen fehlten, ebenso Zeichen von Tabes. Dagegen besteht die Wahrscheinlichkeit eines Aortenaneurysmas.

Mendel verfügt über einen Fall syphilitischer doppelseitiger Hemianopsie. Ein älterer Mann bekam zuerst eine rechtsseitige, dann dazu eine linksseitige Hemianopsie und wurde amaurotisch. Er ging in der Irrenanstalt zu Grunde. Die Autopsie ergab an correspondirenden Stellen (Pulvinar) beider Thalami optici je einen gummösen Tumor.

Stein (Nürnberg) hat kürzlich einen Fall von Hippus gesehen bei einem luetischen Manne, der jetzt im Vorstadium der progressiven Paralyse steht. Rechte Pupille mittelweit; linke weit, beide lichtstarr; an der linken weiten ausgesprochener Hippus.

Goldstein (Aachen) fragt an, ob der Vortragende Erfahrungen über den von Alexander angegebenen Zusammenhang von Ophthalmoplegia interna und Psychose besitze.

Uhttoff erwidert, dass Alexander ja nicht bestimmt angibt, was sich für psychische Störungen an das Auftreten der Ophthalmoplegia interna anschlössen; es können wohl nur eigentlich nur paralytische Störungen gewesen sein. Die von Bruns erwähnte Hemianopsia inferior hält U. doch nur für bedingt durch Stammerkrankung der Optici. Hippus habe hauptsächlich diagnostische Bedeutung bei Pupillen, die auf Licht reflectorisch starr sind.

Der Mendel'sche Fall sei sehr interessant; im Ganzen dürften doppelseitige Hemisphärenerkrankungen häufiger den Grund für doppelseitige Hemianopsie bilden, als basale Tractuserkrankung mit Fortschreiten auf das Chiasma.

Abtheilung XXIII für Hygiene und Medicinalpolizei.

Sitzung vom 11. September 1893.

1. **Wollner** (Fürth). Ueber die Fürther Industriezweige und deren Schattenseiten: Quecksilber- und Silberbelege, Bronzefabrication, Spiegelglasschleiferei mit Facettirwerken.

Von den hier allein interessirenden Bemerkungen über die Quecksilberbelege sei einiges hervorgehoben. W. zeigte Tabellen vor, die über folgende 3 Punkte ziffermässigen Aufschluss geben. 1. Häufigkeit der mercuriellen Erkrankungen in früheren Jahren. Seit dem Jahre 1885 hat die Zahl der Erkrankungen stetig und rasch abgenommen. Seit Juni 1890 ist kein Fall von Mercurialismus mehr vorgekommen. 2. Höhe der Krankheitstage in den einzelnen Monaten. Die höchste Zahl fällt auf das Ende des Winters (März), die niedrigste auf Ende des Sommers (October). 3. Aus der letzten Tabelle ergibt sich, dass die gegenwärtigen Arbeiter verhältnissmässig sehr lange (im Durchschnitt 11.6 Jahre) in den Belegen beschäftigt sind.

W. glaubt, dass die dauernde Gesundheit der Arbeiter in den Hg.-Belegen — abgesehen von der grössten Reinlichkeit und sorgfältiger Lüftung — nur noch von 2 Factoren abhängen: möglichst geringe Arbeitszeit und möglichst gute Bezahlung.

Bekanntlich ist die ganze Frage der Hg.-Belegen für Bayern gesetzlich geordnet durch den Erlass vom 30. Juli 1889. Die meisten Bestimmungen desselben sind bereits durchgeführt und haben eine wesentliche Abnahme der Zahl sowohl der Hg.-Belegen, wie der in diesen beschäftigten Arbeiter zur Folge gehabt. Die noch übrigen, finanziell tiefeingreifenden Bestimmungen sollen Juli 1894 eingeführt werden und werden wahrscheinlich die Hg.-Belegen ganz zum Verschwinden bringen, da diese dann der Concurrenz der Silberbelegen werden unterliegen müssen. W. hält diesen sich vollziehenden Uebergang von der Hg.- zur Silberbelegung für keinen Vortheil, aus socialpolitischen Gründen sowohl wie aus hygienischen. Er ist überzeugt, dass das Leben der Silberbelegarbeiter mehr gefährdet ist als das der Hg.-Arbeiter. Der beständige Aufenthalt der ersteren in einer Temperatur von 23° bis 33° R. disponirt zu Rheu-

matismen, zu acuten und chronischen Lungenaffectionen, derart, dass sicher eine viel höhere Sterblichkeitsziffer resultiren müsse.

2. **Goldschmidt** (Nürnberg): Ueber Milzbranderkrankungen unter den Arbeitern der Nürnberger Pinselindustrie.

In den letzten 4 Jahren wurden bei Arbeitern der Nürnberger Pinselindustrie ca. 30 Fälle von Milzbrand beobachtet; davon verliefen 3 tödtlich. Alle Fälle zeigten das klinische Bild der Pustula maligna. Die primäre Infection erfolgte zumeist im Gesicht und der Unterkinngegend, in selteneren Fällen an den Händen. Die Erkrankten waren in der überwiegenden Menge Borstenzurichter, die also nur mit dem Rohmateriale zu thun haben. Leider gelang es trotz aller Bemühungen nicht, in diesem, also den Rosshaaren und Borsten, Milzbrandbacillen mit Sicherheit nachzuweisen. In einem Falle wurde freilich aus verdächtigen Borsten die Reincultur einer Stäbchenart gewonnen, die morphologisch vollständig dem Milzbrandbacillus glich, aber durch Mangel jeder Pathogenität zeigte sie sich doch von diesem wesentlich unterschieden. Jedenfalls musste aber in dem zur Verarbeitung kommenden Borsten- und Rosshaarmaterial die Quelle der Infection zu suchen sein, und es wurde deshalb in jedem Falle das gesammte verdächtige Material sowie Effecten und Wohnung des Erkrankten gründlich desinficirt. Ferner wurden für die Arbeiter allgemeine Verhaltungsmassregeln gedruckt, um dieselben auf die Gefahren aufmerksam zu machen, und Desinfectionsmittel aufgestellt, damit kleinere Verletzungen durch Borsten oder Rosshaare gründlich desinficirt würden. Das Wirksamste wäre natürlich eine Desinfection des gesammten rohen Borsten- und Haarmaterials durch strömenden Dampf. Dadurch wird aber das Material in Farbe und Qualität so geschädigt, dass eine derartige Massregel die ganze, mehrere tausend Arbeiter beschäftigende Pinselindustrie Nürnbergs der fremden Concurrenz gegenüber matt setzen würde. Es ist also anzustreben eine internationale Vereinbarung, durch die allgemein die Desinfection allen Rohmaterials obligatorisch gemacht und so die Gefahr, die die Pinselindustrie für ihre Arbeiter hat, gemindert würde.

3. **Sigmund Merkel** (Nürnberg): Experimentelle Studien über Milzbrand in der Nürnberger Borstenindustrie.

Um die Borsten zu bleichen und zu reinigen, wird in der Borstenindustrie folgendes Verfahren angewendet: Die Borsten liegen 12 Stunden in einer Kalihypermanganicum-Lösuug 2 : 1000, werden dann mit Wasser stark ausgewaschen und auf 2 Stunden in eine Lösung von schwefliger Säure 3 : 100 gelegt. Schliesslich werden der sauren Lösung einige Tropfen H_2O_2 oder Salmiakgeist zugesetzt, und die Borsten, welche nun schön gebleicht sind, mit viel Wasser ausgewaschen. M. nahm nun an Borsten, die mit Milzbrand (sporenhaltiges Material) geimpft waren, Untersuchungen vor, inwieweit obiges Verfahren desinficirend wirke. Es ergab sich, dass eine genügende Desinfection nicht statthat. Die inficirten Borsten verlieren jedoch theilweise ihre Infectiosität und zwar dadurch, dass durch

die mit den Borsten vorgenommenen Manipulationen eine rein mechanische Entfernung des an den Borsten haftenden Milzbrandmaterials stattfindet. Bewiesen wurde dies dadurch, dass einerseits in den Rückständen (von Kaliumpermanganat u. s. w.), wenn sie mit der Centrifuge behandelt worden sind, fast regelmässig virulenter Milzbrand gefunden wurde, während andererseits die vorher inficirten Borsten meist ihre Infectiosität verloren hatten. M. schlägt daher vor, dass, so lange keine zwangsweise Desinfection der Borsten durch strömenden Dampf eingeführt sei, wenigstens bei obigem Verfahren eine möglichst energische Abspülung der Borsten mit Wasser stattfinden solle, dies jedoch, ohne dass die Hände der Arbeiter dabei in Berührung mit dem Spülwasser kommen dürften.

Verhandlungen der Berliner dermatologischen Vereinigung.

Sitzung vom 6. Juni 1893.

Vorsitzender: Lassar. Schriftführer: Saalfeld.

I. Saalfeld stellt zwei Fälle von Naevus verrucosus vor. Der eine, den er bereits publicirt hat, betrifft einen 13jährigen Knaben, der andere ein Kind von $1^1/_2$ Jahren. Bei dem letzteren, der sich durch seine ausserordentliche Ausdehnung auszeichnet, begannen die Erscheinungen 14 Tage nach der Geburt; es handelt sich dabei um einen Naevus verrucosus lateris utriusque. Nervöse Erscheinungen liegen weder beim Kinde selbst noch in der Ascendenz vor. Auf der einen Seite entspricht die Affection dem Verlauf der Nerven.

Lassar macht darauf aufmerksam, dass man einen Unterschied machen muss zwischen einem Naevus verrucosus, der angeboren ist, und einer progressiven Warzenbildung, welche sich als eine selbständige Krankheit früher oder später entwickeln kann.

Lewin: Der Naevus verrucosus unterscheidet sich von einer Verruca dadurch, dass der erstere früher entsteht, gewöhnlich im zweiten Lebensjahre. Ausserdem ist derselbe stets pigmentirt, während eine pigmentirte Warze selten gesehen wird.

Ledermann glaubt, dass bei einem Naevus verrucosus das Pigment ein idiopathisches ist, während bei Warzen dasselbe zum grossen Theil Blutpigment ist.

Lassar ist der Ansicht, dass eine Warze pigmentirt sein kann. Erst heute habe er eine junge Dame gesehen, die 15—20 kleine tiefgefärbte Warzen im Gesicht hatte.

Kromayer bemerkt, dass man unter Warzen pathologisch und klinisch sehr verschiedene Dinge versteht. So sind die gewöhnlichen Warzen von den seborrhoischen Warzen Unna's, die sehr viel Pigment enthalten, gänzlich verschieden.

II. Ledermann stellt eine 61jährige Frau vor, die vor 20 Jahren von ihrem Ehemanne inficirt wurde, damals Quecksilber und Jodkali gebrauchte und dreimal abortirte. Jetzt zeigt Pat. eine Affection der

Handteller, die wie ein einfaches Ekzem aussieht. Wenn man aber den Handrücken betrachtet, so erkennt man deutlich den syphilitischen Charakter des Leidens. Damit ist auch die Therapie gegeben.

Die andere Pat., 68 Jahre alt, zeigt ein sehr eigenthümliches, jetzt in Rückbildung begriffenes Exanthem. Sie erkrankte vor Weihnachten mit sehr heftigen Kopfschmerzen und zahlreichen Geschwüren der Kopfhaut. Die jetzt noch sichtbaren Narben sind unzweifelhaft auf verheilte Gummata zurückzuführen. Eine Anamnese existirt nicht. Die Kranke, seit Anfangs März in Behandlung, zeigte ausser den jetzt noch bestehenden, etwas abgeblassten Pigmentflecken deutliche Infiltrate in der damals in Folge der schlechten Ernährung der Pat. sehr atrophischen Haut des Nackens, die theils confluirten, in der Mitte blass waren und z. Th. Kreisform zeigten. Pat. hat eine Mercurialcur durchgemacht, die Knoten sind im Schwinden begriffen, die Pigmentation ist zurückgegangen. L. glaubt, dass es sich dabei um Gummata handelte, die nicht zur vollen Entwicklung gelangten.

L. berichtet dann noch über einen Fall von localisirter Warzenbildung des Vorderarms und der Hand bei einem 30jährigen Arbeiter. Die Warzen beginnen in der Mitte der Streckseite des Vorderarms und dehnen sich über den Handrücken nach dem kleinen Finger zu. Der letztere ist vollkommen von einem Angiom umhüllt und dadurch z. Th. atrophisch. Auch im Handteller scheinen durch die ziemlich dicke Epidermis bläuliche Venen hindurch, welche ebenfalls zum kleinen Finger ziehen und in das Angiom hineinfliessen. An der betreff. Hand schwitzt Patient sehr stark. Ursachen hat L. nicht ermitteln können, auch in der Literatur keinen ähnlichen Fall gefunden.

Lewin erwähnt, dass bei der zweiten Pat. einzelne noch sichtbare Flecke mit Sclerodermie en plaques Aehnlichkeit haben. Der Einfluss der Behandlung scheint allerdings dagegen zu sprechen. Der noch bestehende Rest der Affection bedarf aber vielleicht noch einer weiteren genauen Beobachtung.

Rosenthal hat die betr. Patientin vor der Behandlung gesehen und den Eindruck gehabt, dass es sich nur um Gummata handeln könnte. Es war eine deutliche, starke Knotenbildung in der vollständig atrophisch geschrumpften Haut vorhanden. Ihm scheint die Diagnose auch durch den therapeutischen Erfolg sicher gestellt zu sein.

III. Peter stellt aus der Lassar'schen Klinik einen Fall von Dühring'scher Krankheit vor, der sich hauptsächlich durch den herpetischen Charakter der Efflorescenzen auszeichnet. Es handelt sich um eine 38 Jahre alte Frau, die zuerst Anfangs der zwanziger Jahre auf den Oberarmen erythematöse quaddelartige stark juckende Eruptionen bekam. Dieselben waren von einem Bläschenausbruch gefolgt, der grösstentheils in Kreisen angeordnet war. Die Bläschen trockneten ein oder wurden zerkratzt, hinterliessen aber jedesmal eine Pigmentnarbe. Der Process wiederholte sich mehrmals, ging aber in den ersten zehn Jahren nicht über die Oberextremitäten hinaus; erst in den letzten 8 Jahren ist derselbe auf die Unterextremitäten

übergegangen und hat hier besonders die Streckseiten ergriffen. Die Schleimhäute sind immer freigeblieben. P. bespricht dann die Differentialdiagnose gegenüber Prurigo, Ekzem und Erythema multiforme. Gegen letzteres spricht nach seiner Ueberzeugung das ganz unsymmetrische Auftreten und der sehr starke Juckreiz; für Dermatitis herpetiformis auch die starke Abgeschlagenheit und das Fieber, das bei den Ausbrüchen des Exanthems für gewöhnlich vorhanden ist.

Rosenthal erwähnt einen Fall von Dermatitis herpetiformis, den er augenblicklich in Behandlung hat und geht dann auf die Differentialdiagnose zwischen Dermatitis herpetiformis und Herpes Iris des näheren ein. R. glaubt nicht, dass beide Affectionen vollständig identisch sind, da der Fall von Herpes Iris, den er in einer früheren Sitzung vorgestellt hat, sich von demjenigen von Dermatitis herpetiformis, den er jetzt in seiner Klinik hat, doch in manchen Punkten unterscheidet.

IV. Palm stellt einen Fall von sehr ausgedehntem Xanthelasma palpebrarum vor. Icterus ist nicht vorhanden und auch nie vorhanden gewesen.

V. Lewin stellt einen Fall von Clavi syphilitici der Handflächen vor, eine Affection, die früher zu dem Gebiet der Psoriasis syphilitica gerechnet wurde. Es sind das kleine, erbsengrosse Efflorescenzen, meistentheils rund oder länglich oval, die tief in der Haut sitzen, sensible Störungen hervorrufen und oft das einzige Symptom der Syphilis darstellen. Die Pat., die an dieser Affection leidet, kam mit einem grossen Ulcus durum an der Schamlippe, Roseola, Condylomata lata und Leucoderma zur Aufnahme.

L. stellt ferner einen Pat. vor, der vor 5 Jahren mit Ulcus durum, Exanthem und Geschwüren an der Zunge in die Charité aufgenommen und damals geheilt wurde. Er zeigt jetzt grosse Geschwüre an der Wangenschleimhaut und auf der Zunge; bei dem letzteren war es fraglich, ob es sich um ein Carcinom oder um ein zerfallenes Gummi handelt. Die Entscheidung darüber wurde durch die Atrophie der Zungenbalgdrüsen erleichtert. Nach einer subcutanen Cur gingen die Erscheinungen schnell zurück, blieben dann aber plötzlich stehen. Die genaue mikroskopische Untersuchung ergab einen negativen Befund für Carcinom. Jetzt ist noch die Wange infiltrirt, die Lippen zeigen kleine Erosionen und die Zunge ist so stark geschwollen, dass Pat. dieselbe schwer herausstrecken kann. Er hat Jahre lang Jodkali genommen, die Therapie scheint ihre Grenzen erreicht zu haben. Man muss trotzdem von Neuem sowohl mit Jodkali als auch mit Quecksilber wieder anfangen.

Ferner stellt L. einen Pat. vor, der im März d. J. in der Lassar'schen Klinik mit salicyls. Quecksilber behandelt wurde und dann in die Charité kam, wo er ausser einer Iritis eine Chorioiditis zeigte. Nebenbei bestand auf dem harten Gaumen ein Tumor von der Länge eines Eies, scharf hervortretend, von ziemlich harter Consistenz, der weder als ein Zahngeschwür noch als eine Periostitis aufgefasst werden konnte. Es fragt sich, ob Carcinom, Sarcom oder eine Gummigeschwulst vorliegt.

Für das letztere spricht die Anamnese und die Aplasie der Zungenbalgdrüsen. L. bittet, sich über den Fall zu äussern.

Ferner stellt L. einen Fall von syphilitischer Erkrankung der Highmorshöhle vor, welche in der Literatur bisher noch nicht beschrieben wurde. Die Pat. kam vor 9 Jahren mit Geschwüren an den unteren Extremitäten in die Charité, erhielt Jodkali und wurde geheilt entlassen. Jetzt bestehen noch an diesen Stellen charakteristische Narben und eine Aplasie der Zungenbalgdrüsen. Bei der Aufnahme zeigte sich auf der rechten Wange eine deutliche Anschwellung und aus der Nase floss eitriges Secret. Ferner bestand ein Defect in der Nasenmuschel und eine Perforation in die Highmorshöhle. Wenn man mit einer elektrischen Lampe in den Mund eingeht, so bleibt, während sonst beide Seiten der Highmorshöhle durchleuchtet werden, die erkrankte Seite natürlich dunkel. Die Secretion hat inzwischen nach Jodkali und nach Einführung von Jodoformtampons bedeutend nachgelassen. Die Methode der Durchleuchtung der Highmorshölhe ist bis jetzt bei Syphilis noch nicht angewendet worden.

Lassar glaubt, dass man bei dem zweiten von Lewin vorgestellten Fall auf die Diagnose Syphilis verzichten muss, da das Leiden sich der specifischen Therapie gegenüber so hartnäckig erweist, und man daher eher an einen malignen Tumor wird denken müssen.

V. Isaac. „Die neueren Forschungen über den Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis."

Die Tabes macht in ihren klinischen und anatomischen Verhältnissen ebenso wie die progressive Paralyse so eigenartige Erscheinungen, dass dieselbe eine Ausnahmestellung unter den Organerkrankungen des Körpers einnehmen muss. Heredität, sexuelle Excesse, Alkoholismus werden der Reihe nach für eine Degeneration der Hinterstränge beschuldigt und schliesslich als Hauptursache die Syphilis angesehen. Es sind nur wenig Stimmen heutzutage, die sich gegen den syphilitischen Ursprung der Affection erheben, so Leyden und Tarnowsky. Der Hauptangriff richtet sich besonders gegen den wichtigsten Punkt der Theorie des Zusammenhangs zwischen Syphilis und Tabes, nämlich dass antisyphilitische Curen so gut wie gar keinen Erfolg bei der Behandlung der Tabes aufweisen. Die letzte Arbeit aus der Erb'schen Klinik von Dinkler sucht durch Beibringung von reichlichem Krankenmaterial auch diesen Angriffspunkt zu entkräften. I. verfügt über 25 einschlägige Fälle und sucht folgenden Fragen näher zu treten: 1. Ist es wahr, dass in der Anamnese der Tabeskranken Syphilis häufiger vorkommt, als andere supponirte Krankheiten? 2. Wann tritt im Verlauf der Syphilis Tabes auf? 3. Wie wäre ein Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes zu erklären? 4. Wie verhält es sich mit der antisyphilitischen Cur bei Tabes?

Was den statistischen Nachweis der grösseren Häufigkeit der Tabes als Folgekrankheit der Syphilis anbetrifft, so glaubt I., dass in der Aufstellung der Statistiken grobe Irrthümer vorgekommen sind, da viele Fälle als Syphilis angeführt sind, bei denen es sich nur um Gonorrhoen oder um Ulcera mollia handelt. Sowohl die Aerzte sind in dieser Bezie-

hung nach seiner Ueberzeugung schnell mit der Diagnose bei der Hand, als auch die Laien, die die Unterschiede zwischen diesen Affectionen nicht kennen. Es muss andrerseits eingeräumt werden, dass bei einer grossen Anzahl von Fällen, bei denen vorher Syphilis vorhanden war, doch noch andere Momente mitgespielt haben dürften. So z. B. ist es bekannt, dass nach grossen Kriegen die Tabesfälle sich häufen, wobei Erkältungen und grosse Strapazen als erste Ursachen herangezogen werden müssen.

Für die zweite Frage fehlt die genauere Ziffernunterlage, doch nehmen die Autoren im Allgemeinen an, dass die Tabes zwischen 1—25 Jahren nach stattgehabter Infection gewöhnlich im Durchschnitt 8½ Jahre später auftreten kann. Für den Syphilidologen muss von wesentlicher Bedeutung sein, ob es neben der typischen Tabes noch eine sog. atypische oder Pseudotabes gibt, bei der die Erscheinungen durch specifische, anatomische Veränderungen des Rückenmarks hervorgerufen werden, und ferner ob bei den Kranken neben der angeblich durch Syphilis bedingten typischen Tabes noch andere, manifeste Zeichen von Syphilis vorhanden sind. Jedenfalls ist sicher constatirt, dass die Tabes nach Syphilis von der sogen. typischen Tabes keinerlei Unterschiede macht, es sei denn, dass man die bei Syphilitikern mit Vorliebe auftretenden Gehirnerscheinungen, namentlich Oculomotoriuslähmungen, als besondere diagnostische Kriterien hinstellen will.

Was die dritte Frage anbetrifft, so ist es klar, dass, da alle schon oben angeführten Momente, wobei auch die Heredität und Bildungsanomalien in der Structur des Nervengewebes als Disposition zu derartigen Erkrankungen angeführt werden können, bei der Tabes die Nervenelemente primär getroffen werden und die Betheiligung des Bindegewebes eine untergeordnete ist. Es handelt sich also dabei um parenchymatöse Processe, während die Signatur der Syphilis interstitielle oder geschwulstförmige Erkrankungen, die stets vom Bindegewebe ausgehen, bildet; mit anderen Worten: die Syphilis macht Herderkrankungen, die Tabes Systemerkrankungen.

Was die Frage der Behandlung der Tabes anbetrifft, so stimmen die Ansichten selbst vieler Anhänger der Erb'schen Theorie dahin überein, dass antisyphilitische Curen wegen der geringen, wenn nicht schädlichen Einwirkung auf den Krankheitsverlauf des Leidens direct zu vermeiden sind. Welchen Einfluss neben der antisyphilitischen Cur die in fast jedem Falle angewendeten Argent. nitr. Pillen, Elektricität und Bäder auf die meist vorübergehende Besserung gehabt haben, wird in der Dinkler'schen Arbeit übergangen. Gehört aber die Tabes wirklich zu den malignen syphilitischen Erkrankungen, etwa wie schwere Gehirnsyphilis, so können nur sehr grosse Dosen von Jodkali und Quecksilber in combinirter Anwendungsmethode Garantie für einen etwaigen Erfolg bieten. I. lässt es dahin gestellt, ob es nicht gewagt ist, die ohnehin durch ihr schweres Nervenleiden geschwächten Pat. in dieser Weise zu behandeln, namentlich da Fälle von Tabes mit manifesten luischen Erscheinungen unter einer specifischen Cur eine Verschlimmerung nicht zwar

der specifischen, aber der tabischen Erscheinungen erfuhren. Ein Analogon sieht man bei Syphilitikern, die an Lungenphthisis leiden, bei denen ebenfalls Mercur einen schädlichen Einfluss ausübt. Der Erb'sche Vorschlag, in allen Fällen von Tabes eine Schmierkur einzuleiten, scheint daher jeder Begründung zu entbehren. I. stellt deshalb folgende Thesen auf:

1. Die Statistiken haben zu viele Fehlerquellen, um zu einem sicheren Resultate über den ätiologischen Zusammenhang zwischen Lues und Tabes zu gelangen.

2. Syphilis steht zur Tabes in keinerlei ätiologischer Beziehung, höchstens kann sie wie alle anderen zur Tabes führenden Einflüsse auf ein disponirtes Nervensystem schwächend einwirken.

3. Antisyphilitische Curen sind bei der Tabes contraindicirt.

Koch gibt im Anschluss an diesen Vortrag eine Uebersicht über die in der Literatur vorhandenen, einschlägigen Arbeiten. Die Discussion wird auf die nächste Sitzung vertagt.

O. Rosenthal.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 11. October 1893.

Vorsitzender: Neumann. Schriftführer: Cehak.

I. Kaposi zeigt 1. ein Mädchen mit einer Affection, die er vorderhand als Erythema folliculare desquamativum bezeichnen möchte. Ausser den bekannten Affectionen mit allgemeiner Röthung und Schuppung der Haut, Pityriasis rubra, Lichen ruber, Psoriasis universalis, Eczema universale wurden in den letzten Jahren ähnliche Processe beschrieben. Fälle mit Andeutung von allgemeiner Röthung und Schuppung hat Besnier als Erythrodermie bezeichnet. Dann haben Vidal und Brocq eine sehr schöne Arbeit über die Maladie de Erasmus Wilson geliefert, bei der sie auch Erblindungen und Todesfälle anführen. In dieselbe Kategorie gehört eine Erkrankung, die hier jetzt nicht zum erstenmal vorgestellt wird, für die ich aber keinen Namen weiss, obwohl ich sie in der 4. Auflage meines Buches erwähnt habe. Es sind Gründe genug vorhanden, den Process als Erythem zu bezeichnen, speciell als E. folliculare. Die Knötchen entsprechen nämlich den Follikeln. Die anfangs lebhafte Röthe wird in Stunden oder Tagen zur Blauröthe. Einzelne Knötchen breiten sich wie ein Erythem aus bis Kreuzer- und Thalergrösse. In der Localisation wird das Erythema multiforme nachgeahmt, indem diffuse Erytheme an den Streckseiten und an der Halsregion auftreten, wobei die rapide Abschuppung zur Bildung von grossen Krustenlamellen führt und eine hyperämische blaurothe Hautfläche zurücklässt. Schliesslich wird die Affection universell, das Gesicht glatt, glänzend, es entsteht eine Art Ectropium, die Leute kommen sehr stark herunter; binnen 2—4 Monaten werden sie ganz gut, ohne dass man irgend eine Therapie als beeinflussend annehmen könnte. Ein anderes Mal tritt genau dieselbe Affection chronisch auf, dauert 8—10 Monate und vielleicht noch länger. Ich zeige Ihnen die Abbildung des Falles, den

wir voriges Jahr hier hatten; die Sache beginnt mit einem Erythema Folliculare, einzelne Knötchen sieht man schon sich peripher ausbreiten, das Gesicht schuppt diffus ab; die Person lag 6 Wochen bei uns, wir gaben ihr Arsenik innerlich; die Sache schien gut zu werden, doch ist sie noch nicht ganz geheilt. Vor ca. 3 J. habe ich den 17jährigen Sohn einer Fleischselcherin vorgestellt, der genau dieselbe Erkrankung zeigte; wir dachten damals an ein toxisches Erythem; das ganze dauerte 4 Monate, bis es gut wurde. Die Exsudation war so mächtig, dass sich nebst den allgemeinen Knötcheneruptionen auf der Streckseite der Ellbogen und Knie ganze Krustenlamellen bildeten.

Bei diesem Kinde nun hat das Gesicht bereits das Aussehen wie bei allen desquamativen Processen, Epidermis glatt, glänzend, vielfach schülfernd, Ectropium, tiefe Furchung der Stirne, am Nacken Zerklüftungen der Epidermis, am Stamme noch deutlich kenntlich das Entstehen aus mässig derben, unter dem Fingerdruck abblassenden Knötchen, an den Knien Desquamation, wobei die Centren bereits von Epidermis entblösst sind, während am Rande wie bei Pemphigus foliaceus die Epidermis unterwühlt erscheint. Das Kind fiebert nicht, das ganze dauert 8 Tage, binnen welcher Zeit das Erythem eine so kolossale Ausbreitung gewann.

Der Vater gibt an, voriges Jahr habe das Kind dasselbe gehabt, daraufhin habe es Morbillen bekommen; das ganze dauerte damals 2 Monate.

Ich kann weder über die innere Bedeutung des Processes noch über die ätiologischen Momente, noch über die Verlaufsweise oder Prognose etwas sagen. Einen ganz ähnlichen Fall zeige ich Ihnen im Bilde, wo die Sache über ein Jahr dauerte und auch aus solchen Anfängen hervorging; in noch einem andern ging die Affection von den Gelenksbeugen aus, schritt mit einem gerötheten Rand weiter.

Dass die Knötchen als erste Eruption, von der die diffusen Röthungen ausgehen, wobei jedoch an einzelnen Stellen sofort flächenhafte Röthungen auftreten, ist immer schwer zu deuten. Wenn man solche Dinge nur durch Publicationen Anderer kennen gelernt hat, so wird die gegenseitige Verständigung äusserst erschwert;

2. im Vergleich dazu einen Mann mit Psoriasis universalis, der mit kleinen Knötchen wie besäet war;

3. eine Frau mit Psoriasis universalis, die im Gesichte auch einen satinartigen Glanz bietet, mit diffuser Röthung und Trockenheit der jungen Epidermis.

Wieviel Dunkel noch auf diesem Gebiete herrscht, wird Ihnen aus einem von mir vor 3—4 Tagen zum erstenmal gesehenen Falle klar werden, der in seiner Art ein Unicum ist; es handelt sich dabei um eine acute Eruption von Knötchen von erythematöser Form, hie und da mit Gangrän, vollständiger Verschorfung, so dass ganz das Bild einer Rupia syphilitica acuta entsteht.

4. ein Mädchen mit einer Erkrankung analog jener der Wärterin, die sich auf der Dittel'schen Abtheilung mit einem Nagel ritzte und nach einiger Zeit in aufsteigender Linie Blaseneruptionen bekam, die 3—4 Monate halbseitig localisirt blieben und dann universell wurden. Das ganze dauerte 3 Jahre, die Patientin kam furchtbar herunter, allerlei nervöse Störungen traten ein, ähnlich wie bei Pemphigus neuroticus. Bei der demonstrirten Patientin wurde im vorigen Jahre ein Finger der l. Hand exnucleirt wegen chronischem Panaritium, wovon noch die feste Narbe sichtbar ist. Von dieser aus bildete sich eine Reihe von Blasen über den ganzen Vorderarm hinauf.

II. Ehrmann zeigt einen Mann, der zu beiden Seiten der l. Ferse rostbraune, punktförmige, zu Gruppen stehende Flecke bietet.

Er erinnert an die von ihm im vorigen Jahre demonstrirten Fälle, die ganz ähnliche Erscheinungen boten. Der erste Fall betraf ein anämisches Individuum, das den ganzen Tag auf den Beinen war und zwar nicht bloss stand, sondern auch starke Muskelanstrengungen machte; im 2. Falle litt das Individuum an Rheumatismus. Die punktförmigen Hämorrhagien haben erst ihren Grund in einer Alteration der Gefässwand, doch muss als unterstützendes Moment eine chronische Stauung hinzutreten, die sich meist in Form von Venenectasien zeigt. Es kommt dann bei Leuten, die nicht normale Capillaren haben, zur Berstung der Capillarwand, und von dem ausgetretenen Blut bleibt ein brauner Farbstoff zurück. In dem einen Falle fanden sich auch Hämorrhagien in den Efflorescenzen eines bestehenden Lichen scrophulosorum. Heuer sah E. eine ältere Frau mit hochgradiger harnsaurer Diathese; die Pat. bekam am ganzen Körper Hämorrhagien, die ebensolche rostfarbene Flecke hinterliessen.

In dem demonstrirten Falle — Postbeamter, der oft 10—12 Stunden stehen, aber auch in der Postambulanz von Fach zu Fach gehen muss — legt E. auf die Muskelcontractionen ein grosses Gewicht. Ueber die prädisponirende Ursache lassen sich nur Hypothesen aufstellen. Vor 4—5 Jahren Lues. Man könnte vielleicht in solchen Fällen durch genaue Beobachtung und Zusammenstellung zu einem positiven Resultat kommen.

Derselbe Patient hatte im Jahre 1887 eine beiders. Paraurethritis und zwar beiders. neben dem Frenulum. E. behandelte ihn mit Elektrolyse mittels Einstechen einer Nadel bis in den Sack, ein Verfahren, das nach ihm auch Jadassohn einschlug. Bis auf eine kleine Einziehung hat sich alles vollkommen geschlossen.

Neumann. Als Prodromalexanthen von Variola sieht man bisweilen längs des Verlaufes der Muskeln Hämorrhagien in Form von Petechien, was für den Einfluss der Muskelwirkung auf das Entstehen von solchen Hämorrhagien und dem Zusammenhang der Muskel- und Hautcapillare spricht.

III. Hlawatsch zeigt eine 50jähr. Frau aus der Abtheilung Scholz mit Melanosarcom. Im Sommer des vorigen Jahres hat sich ein ca.

4kreuzerstück grosser dunkler Fleck in der r. Lendengegend gebildet, der zu nässen anfing, juckte und sich ziemlich rasch vergrösserte. Im April d. J. suchte Pat. die Klinik Albert's auf. An Stelle des Fleckes hatte sich ein stark eiternder Tumor entwickelt; im Umkreise waren bereits Metastasen. Albert sah von der Operation ab und verordnete lediglich ein Eisenpräparat.

Wir finden einen ca. faustgrossen höckerigen Tumor mit blumenkohlartiger Oberfläche, pilzartig überwuchernd, Metastasen in der Umgebung, in der Haut des Rumpfes, der Extremitäten und in den inneren Organen. Früher sass an dieser Stelle ein Naevus, überhaupt kommen Naevi in ihrer Familie häufig vor.

Der Harn war zeitweilig dunkel gefärbt, enth. Melanogen. Gegenwärtige Behandlung: Arsenik innerlich. Die histologische Untersuchung wird ausgeführt werden.

IV. Kaposi demonstrirt einen 65jähr. Mann mit multiplem idiopathischem Pigmentsarcom. Derselbe zeigt eben dieselben Erscheinungen wie jener Fall, wo der Knotenbildung an Füssen und Händen diffuse Blauröthe mit derber fibröser Infiltration vorherging, so dass dadurch eine kolossale schmerzhafte Spannung entstand, die den Pat. Tag und Nacht quälte, während am übrigen Körper schon ganz prononcirte Knoten waren. Erst später traten innerhalb der infiltrirten Partien Knoten auf. K. machte damals aufmerksam, dass er schon 1870 auf das Vorkommen mikroskopischer Hämorrhagien in dem Gewebe hinwies und ausführte, dass die Pigmentirung nicht so entstehe wie bei den melanotischen Sarcomen, sondern einzig und allein aus den Hämorrhagien entstehe, indem die Zerreisslichkeit der Blutgefässe das Primäre sei.

Der demonstrirte Pat. ist ein analoger Fall. Beide Hände und Füsse zeigen diffuse Blauröthe mit derber Infiltration, eigentlich relativ wenig Knoten, einzelne zu fungösen Geschwülsten angewachsen, die hie und da bersten und bluten. Stellenweise Rückbildung der Knoten. Auf der Schleimhaut nichts. Nur am Stamm ein paar Knoten. Pat., der schon 6 Jahre an der Affection leidet, befindet sich ziemlich wohl.

V. Nobel demonstrirt (aus der Abtheilung Lang)

1. einen Mann mit einer seltenen Form von universeller Acne, an den U. E. charakteristische honigwabenartige Auflagerungen.

2. einen Mann mit einer seltenen Complication des gonorrhoischen Urethralprocesses, näml. metastatische gonorrhoische Iritis. Vor 10 Wochen Gonorrhoe, darauf beiders. Gonitis, dann eine Augenaffection, die die Ophthalmologen für eine Blenorrhoea conjunct erklärten. Dazu trat Erkrankung der beiders. Tibio-Tarsalgelenke und der kleinen Zehengelenke auf. Punction des r. Kniegelenks ergab trüb serös eitrige Flüssigkeit, durch Cultur wurde in derselben nur Staphyloc. pyogen. aur. gefunden. Die Augenaffection nahm nach 14 Tagen eine günstige Wendung, später entwickelten sich Iritis und catarrhal. Geschwüre auf der Cornea. Der Process ging langsam zurück. Die Therapie (Salol) nahm keinen besonderen Einfluss darauf. Das rasche Schwinden der Augenaffection liess

den Verdacht begründet erscheinen, dass dieselbe keine primäre sei. Vor 2 Tagen trat Iritis auf dem bisher gesunden Auge auf; als Ursache war nur die Urethralaffection aufzufinden. Die Iritis unterscheidet sich in nichts von dem gewöhnlichen Bilde.

3. ein Mädchen, die seit 8 Wochen an Gonorrhoe leidet, vor 4 Wochen eine Ulceration der Cornea mit Perforation sich zuzog, Irisprolaps trat ein.

Lang bemerkt, dass man wohl diese Affectionen mit der Blenorrhoe in Zusammenhang bringen muss, dass jedoch nicht mit Bestimmtheit gesagt werden kann, dass die Gonococcen die Metastase herbeiführen. Es ist ja möglich, dass andere Entzündungserreger in die Cornea verschleppt wurden, aber der klinische Zusammenhang mit Blenorrhoe ist wohl nicht von der Hand zu weisen.

Ehrmann sah im heurigen Sommer einen Fall, der ihm zur localen Behandlung der Blenorrhoe überschickt wurde. Es war die 2. Recidive, in der 3. kam eine Iritis blenorrhoica, der Pat. war wiederholt wegen blenorrhoischer Gelenksaffectionen in Pistyan. Bei Blenorrhoikern sah man nicht selten gewisse schmerzhafte Infiltrationen, nicht grösser als eine Erbse oder Bohne, in Fascien auftreten, auch vielleicht in den sehnigen Spiegeln, die die Muskeln überziehen, so über der Supinatorengruppe, in der Fascia teres, in der Fascie, welche die Vasti überzieht. Die Mikroben, Streptococcen oder andere Eitererreger nehmen ja immer dieselben Wege. Aehnlich ist dies auch bei der Syphilis der Fall, wo wir das Virus gar nicht kennen. Es wäre interessant, nachzudenken, warum das Virus immer in derselben Richtung abgelagert wird, das könnte zu einer interessanten allgemein pathologischen Beobachtung führen, die auch klinisch zu verwerthen wäre.

VI. Hierauf hält Dr. Arnold Lorand seinen Vortrag:

Neuere Beobachtungen über Lepra in Schweden und Norwegen.

Während des Sommers dieses Jahres, welchen Dr. Lorand, mit Empfehlungen und Weisungen Prof. Neumanns versehen, behufs Studiums der Lepra in Schweden und Norwegen zugebracht hatte, fand er, dass es in Schweden Lepra in bedeutender Ausbreitung gebe. So fand Dr. Lorand 2 Personen in Dalekarlien in dem Kirchspiel Leksand, eine Mutter und Tochter, wo die Tochter Lepra tuberosa hatte mit Knötchen im Auge, während die Mutter, deren Krankheit gar nicht bekannt war, Lepra anästhetica hatte. In Mora in Dalekarlien fand er 4 Personen, wovon einer Lund Pers Larsson im Krankenhause von Mora mit Lepra tuberosa internirt war, die anderen 3 wieder angaben, von ihm angesteckt worden zu sein.

Der 74 J. alte Djugos Per Persson gab an, Lund Per Larsson eine Nacht beherbergt zu haben, und 7 Monate darauf bemerkte er die ersten Symptome der Krankheit; die 50jährige Finn Kjerstin Matsdotter gab an, öfters die Schwester des Lund Per Larsson besucht und auch mit ihm

selbst verkehrt zu haben. Die dritte Person, welche von Lund Per Larsson Lepra aquirirte, war seine Schwester, welche seit 2 Jahren erkrankt war. In der kleinen Ortschaft Vamhus unweit von Mora gibt es 9 Fälle von Lepra, so dass dies ein endemischer Lepraherd ist. In ganz Dalekarlien gibt es 30 Fälle. Man findet hier die Lepra in den am Siljan-See und entlang der Dal'elf liegenden Ortschaften.

Der Provinzialarzt von Leksand erzählte Dr. Lorand, dass einer seiner Patienten Lepra dadurch acquirirte, dass er 5 Jahre die von einem Leprösen gekauften Kleider trug. Nach Ablauf dieser 5 Jahre kamen die ersten Symptome der Lepra zum Vorschein.

Dr. Lorand findet, dass die in Dalekarlien gesehener Fälle unter die schrecklichsten der 238 Fälle, welche er in Schweden und Norwegen gesehen hatte, gehörten, und dass der Mangel an Pflege daran hauptsächlich Schuld wäre.

Die zweite Provinz, wo Lepra endemisch vorkommt, ist nach Dr. Lorand die Provinz Helsingland. Hier liegt auch das Lepra Hospital in Jerfsö, an der Linie der schwedischen Staatsbahnen nach Norrland.

Das Hospital wurde im Jahre 1864 errichtet und beherbergt 50 Patienten. Director des Hospitals ist Dr. Frederich Öhrn. Als interessante Fälle von den Patienten erwähnt Dr. Lorand einen Fall von Lepra tuberosa, wo am Penis mehrere runde, hart anzufühlende Geschwüre waren, die von exulcerirten Knötchen herrührten, und dabei die Leistendrüsen beiderseitig geschwellt waren. Weiterhin den Fall eines anästhetischen alten Patienten, der an der Ferse ein tief greifendes Geschwür hatte, und dessen Schuhe eiserne Nägel vorwiesen, auf denen der Patient herumging, ohne sie zu fühlen. Vortragender meint, dass neben anderen durch die anästhetische Lepra bedingten Momenten auch diesem Umstande eine gewisse Rolle zufallen würde. Weiterhin sah Dr. Lorand zahlreiche Panaritien, welche wahrscheinlich so entstanden sind, dass die Patienten gewisse schädigende Momente, so beim Angreifen spitziger Gegenstände nicht fühlen, und durch die entstandenen Excoriationen der Weg für die Eiterung hervorrufende Mikroorganismen geebnet würde.

Bei den meisten Patienten fehlten die Augenbrauen, wie auch die Gegend der Augenbrauen der Lieblingssitz der Knötchen ist. Dieses Fehlen der Augenbrauen kann man sowohl bei der tuberösen, wie auch nach Photographien im Besitze Dr. Lorand's bei der anästhetischen Form finden.

Dr. Lorand fand an den Knoten oft einen Nabel in der Mitte, welcher sich gegen die Peripherie zu auszubreiten pflegte, bis das Ganze unter das Niveau der Haut eingesunken war. Besonders konnte man solche eingesunkene Stellen oberhalb der Augenbrauen finden. Bei einem überhaselnussgrossen Knoten fand er denselben aus 4 kleineren bestehend.

Bei einem Mädchen in Reitgjaerdet fand Dr. Lorand im Gesichte nur vereinzelte wenige Knoten, wenn er aber mit dem Finger über die Haut glitt, konnte er deutlich in der Tiefe zahlreiche Knötchen fühlen.

Die Anästhetiker hatten eine charakteristisch gelb-weisse Gesichtsfarbe, dabei im Gesichte gar keine Mimik, dasselbe ganz ausdruckslos und

starr, so dass er dasselbe am liebsten mit dem Gesichtsausdrucke bei Paralysis agitans vergleichen möchte. Dabei Ectropium der Augenlider, wie der Unterlippe, so dass die Pat. gegen den lästigen Speichelfluss beim Sprechen oder Speisen die Unterlippe mit dem Zeigefinger in die Höhe schieben mussten. Bei den Anästhetikern fand er constant die Verstümmelungen der Finger oder Zehen, oder der ganzen Hand manchmal, wie auch öfters des ganzen Vorderfusses. Sehr oft hatten die verstümmelten Extremitäten gar keine Narbe, so dass die Haut über den Stümpfen vollkommen glatt war. Dabei waren die Stümpfe der Füsse ganz plump, stark geschwellt, hypertrophisch, so dass sie mit ihrem plumpen, kurzen Aussehen wie Elephantenfüsse ausschauten. Die Ursache dieser Erscheinung dürfte vielleicht sein, dass indem die Patienten den fehlenden Vorderfuss nicht mehr zur Stütze des Körpers heranziehen können, die ganze Last nur auf dem Hinterfusse aufruht, infolge dessen derselbe hyperämisch wird und anschwellt, wie eine Art Activitäts-Hypertrophie. Jedenfalls durfte neben den anderen Ursachen, die in der Krankheit begründet sind, die obenerwähnte die Hauptrolle spielen.

Bei mehreren Anästhetikern findet man die Finger spindelförmig aufgetrieben, wie auf einer Photographie ersichtlich, so dass dieselben am Lebenden die Form der Spina ventosa darbieten. Wenn man aber die Knochenpräparate ansieht, so kann man bemerken, dass diese Spinae nicht wie bei der Tuberculose Hyperostose sind, sondern dass sie am Knochenpräparate, wie aus den Abbildungen der Präparate aus Prof. Heiberg's Laboratorium ersichtlich, wahrhafte echte Stacheln darstellen, welche von der Basis der Phalange sich bis zur Peripherie gleichmässig verdünnen, bis sie mit einer nadelfeinen Spitze enden. Dr. Lorand schlägt für diese Bildungen den Namen „Spina leprosa“ vor.

Indem nun diese deformen Knochenenden dünn wie eine Nadelspitze sind, kann es leicht geschehen, dass die anästhetischen Patienten, welche ohne Gefühl z. B. auf steinigen Wegen gehen oder mit den Fingern an Gegenständen anschlagen oder überhaupt schädigenden Einflüssen ihre Endglieder aussetzen, dieselbe einfach mechanisch abbrechen, so dass es zu einer langsamen Abbröckelung ohne Narbenbildung kommt.

Die Contractur der Hände, die Klauenhand der Anästhetiker ist eine einfache Ulnarlähmung. Man findet bei Lepra anästhetica wie bekannt die Nerven, so besonders Ulnaris und Peronaeus degenerirt, infolge Lähmung des Ulnaris kommt es zur Contractur durch Wirkung der Antagonisten.

Dr. Lorand fand sowohl in Jerfsö als in Reitgjaerdet mehrere Anästhetiker mit Pes varus.

Der Pes varus leprosus entsteht nach Meinung von Dr. Lorand gerade so wie die Contractur der Hand durch Ulnarlähmung, so auch hier durch Lähmung des Peronaeus und darauffolgender Wirkung der Antagonisten. Indem die Mm. Peronaei gelähmt sind, bekommen die Antagonisten derselben, die Supinatoren, die Oberhand und es entsteht der Pes varus leprosus.

An den Augen findet man bei Lepra die tuberöse und anästhetische Form. Bei der ersteren findet man am Scleralrande der Cornea ein grauweisses sulziges Knötchen, welches sich immer weiter auf die Cornea erstreckt und dabei von der Sclera aus beinahe fächerförmig wie bei Conjunct. lymphatica Gefässe nach sich zieht. In weiterer Folge erstreckt sich die Auflagerung, welche auch gleichzeitig in die Tiefe greift, auf die ganze Cornea, welche von dieser fleischigen Masse bedeckt wird. Daneben besteht Iritis, ciliare und conjunctivale Injection wie auch Lichtscheu und Thränenträufeln wie auch Blepharospasmus.

Bei der anästhetischen Form wird die Zerstörung des Auges durch Ectropium, Legophtalmus, Geschwüre der Cornea und recht häufig Xerophtalmus verursacht. Dabei konnte Dr. Lorand bei Xerophtalmus eine beinahe perlmutterähnlich schimmernde Schichte über der Cornea beobachten, und die Patienten konnten den Unterschied zwischen Hell und Dunkel noch erkennen.

Was die Statistik der Lepra in Schweden anbelangt, theilt Dr. Lorand mit, dass nach Angaben, welche er in Jerfsö gehört hatte, in ganz Schweden 462 Fälle von Lepra bekannt wären.

Was die einzelnen Provinzen anbelangt, sind die Fälle folgendermassen vertheilt:

1 Fall in Gottland,
24 Fälle „ Vermland,
1 Fall „ Stockholm,
4 Fälle „ Bohuslän,
9 „ „ Upsalalän,
2 „ „ Jemtland,
11 „ „ Meddelpad,
30 „ „ Dalekarlien,
1 Fall „ Blekkingen,
14 Fälle „ Angermannland (Wester Norrland),
3 „ „ Kalmarlän,
57 „ „ Helsingland.

Die Uebrigen dürften sich auf Lappland, Norrland und andere Provinzen vertheilen.

Bezüglich der 462 Fälle in ganz Schweden möchte Dr. Lorand diese Zahl mit Vorsicht aufnehmen, bis nicht die officiellen Berichte über die Lepra-Conferenz in Gefle, welche am 5. September tagte und deren Berichte nicht vor Ablauf des Jahres publicirt werden, erschienen sind. Bis dorthin möchte Dr. Lorand auf die Protokolle der Provinz Helsingland hinweisen, nach welchen in Helsingland allein zwischen den Jahren 1864 bis 1892 412 Fälle vorgekommen. Wenn in einer Provinz allein innerhalb 28 Jahren so viele Fälle vorkamen, dürfte obige Zahl nicht so unwahrscheinlich sein.

Als Beweise der Vortheile der Internirung von Leprösen in den Leproserien führt Dr. Lorand folgende Daten an:

Nach der Errichtung der Leproserie in Jerfsö haben sich folgende Veränderungen im Leprösen-Krankenstande innerhalb der einzelnen Gemeinden in Helsingland ergeben: Im Jahre 1874 gab es in der Gemeinde Ljusdal noch 32 Lepröse, wovon 12 internirt waren, im Jahre 1876 gab es 26, im Jahre 1879 nur 17 und im Jahre 1885 gab es deren nur 16, wovon 6 isolirt waren. Innerhalb 12 Jahren also hat die Krankheit um 50% abgenommen. In der Gemeinde Jerfsö gab es im Jahre 1889 23 Fälle, im J. 1881 16 Fälle und im J. 1885 nur 12.

Dr. Lorand erwähnt weiterhin, dass man von eingewanderter Lepra in Schweden umso weniger sprechen kann, weil die wenigsten in den an Norwegen angrenzenden Provinzen, die meisten aber im Herzen Schwedens in Dalekarlien oder im Osten in Helsingland vorkommen. Dr. Lorand bemerkt auch weiterhin, dass es keine Lepraliteratur über Schweden gäbe, da in Schweden selbst nur 2 kleine Brochuren über diese Frage erschienen sind u. zw. die eine von Dr. Öhrn über die Fälle in Helsingland, die andere von Dr. Sederholm, der als Dermatolog in Schweden einen guten Ruf geniesst über die Fälle ausserhalb Helsingland. Die Lepra in Norwegen betreffend gibt Dr. Lorand an, dass dieselbe von 1377 Fälle im Jahre 1885 auf 800 Fälle in diesem Jahre zusammen geschmolzen ist, während im Jahre 1870 es 2607 Fälle gab. Dr. Lorand erwähnt, dass unter 238 Fällen, die er in Schweden und Norwegen gesehen hatte, es nur 2 Kinder gab, welche auch unter allen Leprösen in Norwegen die Jüngsten waren. Das eine war 9 J., das andere 12 J. alt. Beide waren in Reitgjärdet. Kinder scheinen gegen die Lepra ziemlich widerstandsfähig zu sein. Was die Lebensstellung der Leprösen anbelangt, gab es im Jahre 1890 unter 505 Patienten 144 Hofbauer, 124 Kleinbauer und nur 25 Fischer und Seeleute. Wenn man in Betracht zieht, dass man die Lepra besonders an den Küsten findet, ist es sonderbar, dass man so wenig Fischer unter den Leprösen findet. Weiterhin erwähnt Dr. Lorand mehrere Fälle von Ansteckung durch Lepra aus Jerfsö, Reitgjärdet und Molde.

Die Isolation werde von den Patienten gut vertragen.

Dr. Lorand kommt schliesslich zu der Ueberzeugung, dass die Lepra eine ansteckende Krankheit sei, deren Entstehung durch Ansteckung, vielleicht durch angeerbte individuelle Anlage, dagegen aber ganz bestimmt durch schlechte Ernährungs- und Wohnverhältnisse wie durch Mangel an Reinlichkeit begünstigt wird.

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Primararzt **Jadassohn** in Breslau.)

Therapie der Syphilis.

1. **Fournier**, A. L'excision du chancre. Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie. 1892. 22. Oct. Nr. 43.
2. **Spillmann**, P. A propos de l'excision du chancre syphilitique. Mercredi médical 1892 p. 14.
3. **Gerber**. Zur Frage der Excision der Initialsclerose. Ther. Monatsh. 1892. Heft 10.
4. **Waugh**, W. F. Treatment of Syphilis. The Times and Register Philadelphia. Nr. 741 p. 572.
5. **Bontemps**. Traitement régulier de la syphilis. Journ. med. et chir. prat. Paris, 25. Sept. 1891 p. 719—720. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1891 p. 697.
6. **Greene**, R. H. The treatment of Syphilis. (Read before the Northwestern med. 20. April 1892.) The New York Medical Journal. Nr. 730 p. 601).
7. **Ehrmann**. Die Principien der neueren Syphilisbehandlung. Centralbl. f. ges. Therap. 1891. VI—XII.
8. **Frémicourt**. Considérations sur le traitement constitutionnel de la Syphilis. Thèse de Paris 1892.
9. **Kuznitzky**. Wie und wann ist Syphilis zu behandeln? Inaugural-Dissertation. Strassburg 1892.
10. **Etienne**. Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft. Annales de Gynéc. et d'obstét. April 1892. Ref. The British Med. Journal. 6. Aug. 1892.

(1) Fournier ist, wie bekannt, ein Gegner der Excision des Schankers als Abortivbehandlung der Lues. In dem vorliegenden Aufsatz hat er seine Anschauungen über diesen Gegenstand mit alter Meisterschaft dargelegt. Er schildert zunächst die Methode, erwähnt schwer stillbare Blutungen und Recidive in loco als Nachtheile derselben, empfiehlt, um eine Infection bei der Operation zu verhindern, das Ulcus vor der Excision mit Collodium zu bedecken oder auszubrennen, und gibt dann einige Bemerkungen aus der Literatur: Crinelli fand unter 454 Fällen 102, Ehlers unter 447 Fällen 137 Misserfolge. Als Fehler bei dem bisher vorliegenden Material bezeichnet er: 1. den unitarischen Standpunkt mancher Autoren; 2. die zu geringe Incubationszeit in vielen Beobachtungen — als Minimum verlangt er 3 Wochen; 3. die ungenügende Beobachtungszeit nach der Excision — er verlangt 6 Monate; 4. das Fehlen der Confrontation in den meisten Fällen. Er fordert ferner für weitere Beobachtungen den stricten Nachweiss, dass der Patient nicht schon früher eine Lues durchgemacht hat.

Weiterhin bespricht Fournier eine Anzahl eclatanter Misserfolge und schlechter Beobachtungen: In 6 Fällen, in denen die Confrontation stattgefunden hat (Mauriac, Gibier, Rasori und Taylor) keine Coupirung der Lues; in einzelnen Beobachtungen (Mauriac, Rasori) trotz sehr frühzeitiger Excision dasselbe negative Resultat. Auch die Anschauung, dass die Lues durch die Excision gemildert wird, wird durch Beispiele bekämpft.

Schliesslich betont der Verf., dass bei der ganzen Erörterung der Frage der Fehler gemacht worden sei, dass man auf beiden Seiten von aprioristischen Erwägungen an die Excision herangetreten sei, dass man aber bei therapeutischen Fragen ganz besonders ohne alle Vorurtheile vorgehen solle. Trotzdem er aus seiner praktischen Erfahrung heraus ein Gegner der Excision sei, glaubt er doch, dass man sie in bestimmten, allerdings seltenen Fällen versuchen solle, da die Frage noch nicht gelöst sei. Dabei soll man die obenerwähnten Momente berücksichtigen, damit das weiterhin zu sammelnde Material werthvoller werde, als das bisher vorhandene. Er hält die Excision für „abusive presque puerile“, wenn die Induration schon wirklich ausgesprochen („nettement accentuée“), die Drüsenschwellung schon ausgebildet, oder gar Beides der Fall ist; eine 2. oder 3. Excision zu machen sei irrationell. Jadassohn.

(2) Spillmann ist ein energischer Gegner der Schanker-Excision — er hält die Diagnose der Sclerose vor Auftreten der Allgemeinerscheinungen für zu unsicher, um irgend einer Statistik in dieser Beziehung Werth beimessen zu können. Bleiben die secundären Symptome unbeachtet, so können sich tertiäre und Nachkrankheiten einstellen — der Verfasser selbst hat in so behandelten Fällen Tabes oder cerebrale Lues sehr früh auftreten sehen.

(3) Gerber theilt zwei Fälle mit, bei welchen trotz Excision der Initialsclerose — in dem einen Fall war 1 Tag nach dem suspecten Coitus nur eine Rhagade entstanden, die von selbst verheilte; trotzdem wurde die ganze verdächtige Präputialhaut entfernt — syphilitische

Allgemeinerscheinungen aufgetreten waren. G. warnt daher vor der Excision der Sclerose, welche „die im Entrée abgegebene Visitekarte eines Gastes sei, der längst in das Innere der Wohnung eingedrungen ist."

Karl Herxheimer.

(4) Waugh bringt seine syphilitischen Kranken unter den Einfluss eines stark wirkenden Hg.-Präparates wie der blauen Pillen. Davon nehme der Kranke 1·2—1·8 tägl. durchschnittlich. Man beginne mit 0·6 und steige tägl. um 0·12. Sobald 1·2 tägl. erreicht sind, zeigt sich häufig Ptyalismus und Schwierigkeit, harte Nahrungsmittel zu beissen. Dann höre man nicht gleich mit dem Hg.-Gebrauch auf, sondern gehe mit der Gabe auf 1·08 zurück und wenn nach wenigen Tagen der Speichelfluss noch nicht geschwunden ist, vermindere man die Dosis auf 0·96; dann pflegt der Speichelfluss zu weichen. Kehrt derselbe in 2 Wochen nicht wieder, so gebe man wieder grössere Dosen. Die Verbindung der blauen Pillen mit Opium ist möglichst zu meiden, damit das Hg. leichter durch Nieren, Haut und Eingeweide eliminirt werde. Wie nützlich die ungehinderte Elimination ist, beweisen die guten Erfolge der Thermen. Nur scrophulöse Personen können Hg. nicht gut vertragen. Die grosse Neigung spontanen Gewebszerfalls lässt in manchen solcher Fälle die Anwendung von Hg. nicht zu. Man nähre dann den Kranken gut, gebe Chinin, Leberthran, Jodeisen, oder JK. oder JNa. Diejenigen, welche Hg. durchaus nicht vertragen, müssen lange Zeit hindurch unter der Beeinflussung von J.-Präparaten bleiben.

Gold- und Platinasalze wirken ähnlich wie Hg., doch haben sie keinerlei Vorzüge vor diesem und nur den Nachtheil des viel höheren Preises.

Congenitale und Kindersyphilis wird wie die später erworbene behandelt. Wenn es erwünscht ist, mit der Behandlung schnell vorzugehen wie bei Hirnsyphilis, sind Hg.-Inunctionen, subcutane Injectionen, Räucherungen und JK. in heroischen Gaben am Platze, damit die Hirnsubstanz nicht eine nicht wieder gut zu machende Veränderung erleide. Auch Speichelfluss muss dann als das kleinere Uebel in den Kauf genommen werden. Ebenso wie constitutionell, wird das Hg. auch local angewandt. W. bevorzugt das Hg. bijodatum sei es in Lösung, sei es als Salbe und lässt es im letzteren Falle mit Lanolin verreiben. Unter allen Umständen ist es nothwendig, bei der Hg.-Behandlung weder zu hastig noch zu furchtsam zu sein, da sie in beiden Fällen ihren Zweck verfehlen würde.

Loeser.

(5) Nach einer warmen Befürwortung einer mindestens 4 Jahre hindurch fortgesetzten Behandlung der Syphilis macht Bontemps den Vorschlag, den Patienten zur genauen Innehaltung der Termine ein gedrucktes Schema in die Hand zu geben, auf welchem nach Monaten die einzelnen Behandlungsmethoden und die Ruhepausen angegeben seien. Nach Fournier's und Martineau's Vorschlag verlangt er für das erste Jahr 6 Monate Hg.-Behandlung, 3 Monate Jodkali und 3 Monate Ruhe, für das zweite Jahr 2 Monate Hg., 5 Monate Jodkali und 5 Monate

Ruhe, für das dritte Jahr 2 Monate Hg., 5 Monate Jodkali und 5 Monate Ruhe in Verbindung mit Schwefelbädern, für das vierte Jahr 7 Monate Jodkali, abwechselnd mit Ruhe und Schwefelbädern, ohne jedoch in jedem Falle schematisiren und nicht je nach den Erscheinungen Abweichungen gestatten zu wollen. Paul Neisser.

(6) Die Behandlung beginnt Greene gewöhnlich beim Erscheinen des Erythems; früher nur dann, wenn eine grosse Ausdehnung, gefährlicher Sitz des Primäraffects oder bedeutende Vergrösserung der Lymphdrüsen, die besonderen ehelichen Verhältnisse, Ungeduld des Kranken, oder vorzeitiges Allgemeinleiden es verlangen. Im Beginn kann man innerlich möglichst grosse Dosen des am wenigsten reizenden Hg.-Präparates und zwar Hg. jodatum flav. in Verbindung mit Chin. ferr. citr. und Exr. Hyoscyami geben. Die Dosis richtet sich nach dem Kräftezustande des Kranken. In der Regel gebe man 2—3mal täglich eine Pille zu 0·02; manchmal wirkt, wenn auch etwas mehr reizend, das Tannat 3mal täglich 0,03 besser. Besonders ist auf das Gesundbleiben der Verdauungswege vom Munde bis zum Darm zu achten.

G. sah in einem Fall von Frühsyphilis, in dem das Protojoduret nicht wirkte, vom Hydr. bijodat. in einer Mixtur zusammen mit 0,18 JK. täglich (durch welche Verbindung das Hg. bijodat. besser resorbirbar gemacht zu werden scheint) gute Resultate. Diese Behandlung wird gegen 2 Monate unter sorgfältigster Beobachtung gesundheitsgemässer Lebensweise fortgesetzt. In dieser Zeit verschwindet gewöhnlich das Erythem, sowie die Lymphdrüsenvergrösserungen. Solange noch die Rundzelleninfiltration in der Cutis und deren Anhängen, Blutgefässen, Talg- und Schweissdrüsen, sowie den Haarfollikeln besteht, scheinen immer noch Herde für neue Infection gegeben und von diesem Gesichtspunkte die Einreibung mit grauer Hg.-Salbe oder Hg.-Oleat wirksamer zu sein. Von ersterer werden täglich 2,10 gebraucht und der Körper in 11 Sectionen eingetheilt. 1. Nacken und Kopf, 2. und 3. Arme, Flachhände und Achselhöhlen, 4. und 5. Beine und Fusssohlen, 6. und 7. Lenden, Leistenbeugen und das Scarpasche Dreieck, 8. und 9. Brust und Bauch, 10. und 11. der Rücken vom Nacken bis zur Glutäalgegend. In eine dieser Theile werde jede Nacht die Salbe sorgfältig eingerieben, nachdem er vorher mit Seife und warmem Wasser und dann mit einer 2% Carbollösung abgewaschen ist. Der eingeriebene Theil wird am besten die Nacht über mit einem Handtuch bedeckt. Bei dieser Methode soll der ganze Körper in 15 Tagen ev. mit einer Pause von 2—3 Tagen eingerieben sein. Dann lasse man wieder eine Pause von wenigen Tagen und eine 2. Reihe von Einreibungen folgen, darauf eine etwas längere Pause. Nach 4 solchen Einreibungstouren, ca. 4—5 Monate nach dem Auftreten des Erythems wird der Erfolg häufig ein überraschend guter sein. Dann folgt nach einer Pause von 1 oder 2 Wochen eine kürzere Reihe von Einreibungen und eine längere Pause oder man kehre zeitweise zum Gebrauch der Pillen zurück. Eine sichere Wirkung ist nicht zu erwarten, wenn nicht wenigstens 40 Einreibungen gemacht

sind. Die Lymphdrüsenvergrösserung sei im Allgemeinen ein Massstab für die Fortsetzung der Einreibungen. Im 2. Jahre gibt man dem Kranken, wenn sein Zustand befriedigend ist, Hg. bijodat. im Durchschnitt 0,0075 in Verbindung mit JK. und einem Tonicum amarum. Finden sich Zeichen einer neuen Eruption oder Lymphdrüsenvergrösserung, dann kehre man zu den Einreibungen zurück. Wenn nach einer solchen Methode der Kranke 2 Jahre von Anfang an behandelt ist, kann derselbe als gesund und fähig, gesunde Nachkommen zu erzeugen erklärt werden. Kommt der Kranke erst mit einem papulösen Exanthem in Behandlung, dann folgen die Einreibungen hintereinander fort und ebenso wenn es sich um ein pustulöses oder Rupia-Exanthem handelt. Solche Eruptionen sieht man öfter bei Hospitalkranken, deren ausschweifende Lebensgewohnheiten und Unsauberkeit Gelegenheit zur Invasion pyogener Mikroben geben. In solchen Fällen gebe man zuerst eine Einreibung von Hg. praecipitat. alb. 1:8 Vaseline mit Hinzufügung von 2% Carbolsäure und Zinkoxyd.

Für subcutane Hg.-Injectionen wird nur Sublimat 0,02 täglich oder einen um den anderen Tag mit genauen antiseptischen Vorsichtsmassregeln angewandt, doch kommt die subcutane Methode hauptsächlich nur bei ausgedehnten Affectionen oder wenn ein wichtiger Körpertheil erkrankt, oder wenn Eile noth ist, besonders nur bei tieferen Läsionen in Betracht.

Hg.-Räucherungen und Bäder werden nur in ganz besonderen Fällen verordnet, wenn die Eruption sehr diffus ist und zur Pustelbildung neigt. Ausserdem kommen noch häufige warme und kalte Bäder mit Nutzen zur Anwendung.

JK. wird gegen die Spätformen und besonders gegen die Nervensyphilis entweder allein oder combinirt mit Hg. bijodat. angewandt. Hg.-Einreibungen und subcutane Sublimatinjectionen kommen besonders dann in Betracht, wenn die Syphilis schon in der Frühperiode die Tendenz hat, die tieferen Gewebe zu ergreifen, oder wenn die Secundärerscheinungen recidiviren und hartnäckig der gewöhnlichen Behandlung trotzen. Zum Schluss berichtet G. über einige Fälle, so über ein Ehepaar, welches gleichzeitig im Verlaufe der Syphilis hemiplegisch wurde. Die Erscheinungen gingen unter Hg.-Einreibungen und JK.-Gebrauch zurück. Ein anderer Fall betrifft ein junges kräftiges Mädchen, das bei 7monatlichem Gebrauch von Hg. jodat. flav. in Verbindung mit Chin. ferr. citr. und Ex. Hyosc. Appetit und 15 Pfund ihres Körpergewichts verlor. Nach Aussetzen des Hg.-Jodürs und unter Gebrauch von Eisen und Chinin besserte sich der Zustand. Als sie nun mit Hg.-Einreibungen behandelt wurde, erlangte sie ihre frühere Körperfülle und Gesundheit wieder. Dieser Fall beweise, wie wenig nützlich es ist, Hg. unausgesetzt innerlich zu geben. G. hat in vielen solchen Fällen, ohne dass Salivation dabei entstanden wäre, eine ungewöhnlich starke Anämie sich entwickeln sehen, so dass sich zu dem toxischen Einfluss des Syphilisgiftes noch der des Hg. addirt hatte. Aehnlich wie der letzterwähnte verhielt sich ein

anderer Fall, in dem der Primäraffect an der Lippe sass mit vielen Plaques an der Zunge, dem Rachen und der Innenseite der Wangen. Alle diese Theile wie der Kehlkopf waren sehr hyperämisch. Unter innerlichem Jodquecksilbergebrauch wurde der Zustand und besonders die Laryngitis, verbunden mit stürmischem Husten, immer stärker. Nachdem das Mittel ausgesetzt, die betr. Schleimhaut local behandelt und Chin. ferr. citr. gegeben wurde, übten die wiederverordneten Pillen eine günstige Wirkung aus.

Ein letzter Fall endlich bezieht sich auf ein syphilitisches Erythem, mit zugleich bestehenden Schmerzen im Kopf, Rücken und den Beinen. Der Fall wurde mit JHg.-Pillen in Verbindung mit JK. erfolgreich behandelt. Loeser.

(7) Ehrmann ist ein Gegner der Excision als Abortivcur, da er der Ueberzeugung ist, beim Initialaffecte seien die Mikroorganismen schon über die anatomisch veränderte Region gegen die Lymphdrüse zu vorgedrungen. Tiefere Gründe gegen die Excision liegen aber nicht vor, ein Vortheil liege in der Entfernung des Geschwürs und schneller Heilung.

Eine Präventivcur will er nur bei Complicationen des Initialaffectes eingeleitet wissen; dieselbe verhindere und mildere den Verlauf der secundären Syphilis nicht.

Hierauf kommt E. auf die systematische Syphilistherapie zu sprechen. Er bespricht die Applicationsweisen des Hg., deren Indicationen, Vor- und Nachtheile, wobei er sich als Anhänger der Injectionen unlöslicher Salze und des Ol. cinereum documentirt. Er plaidirt für ausschliessliche Hg.-Behandlung in der Secundärperiode; „die Darreichung von Jodpräparaten sei nur Zeitvergeudung", erklärt sich aber als Anhänger langwährender, also rein mercurieller intermittirender Behandlung durch etwa zwei Jahre.

Die chronische intermittirende Behandlung habe den Vorzug, die Häufigkeit hereditärer sowie maligner Lues herabzusetzen.

Finger.

(8) Frémicourt erörtert zunächst einige allgemeine Gesichtspunkte der Pathologie der Syphilis, ohne wesentlich Neues vorzubringen. Gelegentlich der Behandlung der Initial-Sclerose streift der Verf. die Frage, ob der Primäraffect der locale Ausdruck einer allgemeinen Erkrankung ist und glaubt seinen Lehrern — Fournier und Leloir — folgend, dies bejahen zu müssen, indem er die entgegenstehenden Inoculationsversuche Pontoppidans u. A. für Inoculationen von Chancres mixtes erklärt, bei denen das noch virulente Ulcus molle-Gift die neue Affection an den Inoculationsstellen hervorgerufen hätte. Trotz dieser Anschauung plaidirt Verf. für die Excision des Primäraffectes, falls dieser gut gelegen ist, weil dadurch eine Verminderung der Zahl der Infectionserreger erreicht würde, weil ferner der Primäraffect schneller heile und ein Ansteckungsherd verschwände. Sobald die syphilitische Natur der Erkrankung feststünde, sei mit Hg. zu beginnen; Verf. empfiehlt

mehr die interne als die subcutane Einverleibung, warnt vor zu grossen Dosen und räth von vornherein zur Hebung der Verdauung und Ernährung Strychnin und Eisen zu geben. Die Jodsalze räth der Verf. zur Verbesserung der Blutbeschaffenheit auch in Frühstadien zu geben und empfiehlt Jodnatrium, das besser vertragen würde als Jodkalium und von dem er gute Erfolge gesehen habe. Für die Spätperioden fordert er die Jodmedication dringend. Ebenso empfiehlt er sie in den Frühstadien bei den „nervösen Beschwerden der Neurastheniker", hier besonders in Verbindung mit Brom oder kleinen Dosen Chloralhydrat.

Dann bespricht F. die Therapie bei den häufigsten Complicationen der Syphilis und zwar besonders ausführlich bei der Tuberculose. Nach seinen Erfahrungen ist bei Syphilis mit Tuberculose Jod — unterstützt von Eisen, Chinin etc. — dringend zu empfehlen; er warnt besonders vor dem Laisser aller, wie es Viele wegen der vermeintlichen Trostlosigkeit der Therapie lieben.

F. weist mit grosser Ausführlichkeit in der ganzen Abhandlung darauf hin, wie enorm wichtig für eine rationelle Behandlung die Berücksichtigung der Constitution des Patienten sei. Lasch.

(9) Nach einer kurzen historischen Uebersicht über die Syphilisliteratur und einer Polemik gegen die Ansichten des allzu bekannten Antimercurialisten Hermann in Wien entwickelt Kuznitzky die Principien, welche bei der Syphilistherapie in der Wolff'schen Klinik massgebend sind: Sclerosen sind, so weit angängig, zu excidiren, da doch immerhin die Möglichkeit vorhanden sei, eine Allgemeininfection zu vermeiden, und eine glatte, schnell heilende Narbe der nur langsam verheilenden Sclerose vorzuziehen sei. Mit der allgemeinen Behandlung wartet Wolff bis zum Erscheinen der Secundärerscheinung, welche er dann meist mit Succinimid-Hg. (Hydrarg. succinimid. 0,5, Cocaini mur. 0,5, Aqu. dest. 50,0, 30 Injectionen à 1,0) vornimmt, ohne jedoch den Werth anderer Behandlungsmethoden, wie Einreibungscuren, Darreichung von Jodpräparaten, Zittmann'scher Decocte gänzlich negiren zu wollen. Im Laufe des ersten Jahres wird diese Cur gewöhnlich noch einmal wiederholt und dann, falls keine neuen Erscheinungen auftreten, mit der Behandlung gänzlich aufgehört, da Wolff gegen eine chronische, continuirliche Behandlung (auch bei Fehlen von Erscheinungen) ist.

Paul Neisser.

(10) Etienne fand auf Grund einer grossen Statistik eine enorme Sterblichkeit der Kinder bei nicht behandelter Lues der Mutter. Er constatirt, dass der Foetus gemeinhin im 5.—7. Monat befallen wird. Wird die Mutter innerhalb der ersten 3 Monate der Gravidität inficirt und bleibt sie unbehandelt, so stirbt das Kind wohl ausnahmslos. Je später die Infection der Mutter, desto besser für das Kind. Jedenfalls räth E. zur Behandlung der Lues einer graviden Frau.

Lasch.

Buchanzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. Moriz Kaposi. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen für praktische Aerzte und Studierende. Vierte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg 1893.

Besprochen von Prof. F. J. Pick in Prag.

Kaum sind sieben Jahre verflossen, seit wir im Jahrgange 1886 dieses Archiv die erste Hälfte der eben erschienenen dritten Auflage und im Jahrgange 1887 die zweite Hälfte der 3. Auflage von Kaposi's Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten zur Anzeige brachten und schon liegt uns die vierte Auflage des Buches vor. Das ist gewiss bei einem Buche, das nicht den ersten Bedürfnissen eines Studierenden genügen will, vielmehr einen verlässlichen Wegweiser dem vorgeschrittenen Arzte darbietet, ja vermöge der hervorragenden Stellung des Autors, dessen Ansichten über die Materie kennen zu lernen ein Bedürfniss des Fachmannes ist, ein ausserordentlicher Erfolg. Was wir damals bei unserer Besprechung gesagt haben, war voll der Anerkennung und des Lobes und hat heute bezüglich der vierten Auflage uneingeschränkte Geltung. Aber auch einige Desiderata von damals blieben für die vierte Auflage theilweise bestehen, ja in mancher Beziehung in erhöhtem Grade. Wenn wir seinerzeit gesagt haben, „dass es den gewiegten Lehrer und den die ganze Materie beherrschenden selbstständigen Forscher charakterisirt, dass er neue wohlfundirte Lehren willig aufnimmt und an die Stelle der früheren setzt, nicht genügend gestützte dagegen nur als solche behandelt, die beachtet zu werden aber nicht zu ersetzen geeignet sind“ und hinzugefügt haben „die Beurtheilung dessen, was in die eine, was in die andere Kategorie von Forschungsresultaten zu stellen ist, natürlich dem Ermessen des Autors überlassen bleibt“, so müsste man doch annehmen

dürfen, dass dieses eigene Ermessen dort seine Grenze findet, wo der Autor die seiner früheren Ansicht entgegenstehende, theilweise oder ganz, schon concedirt hatte. Wir könnten mehrere derartige Fälle namhaft machen, wollen uns aber auf den eclatantesten Fall beschränken. Während der Autor die tuberculöse Natur des Lupus, in seinem Referate über Tuberculinbehandlung am Congresse der Deutschen dermatologischen Gesellschaft in Leipzig 1891, voll und ganz anerkannt hat, derart, dass ich selbst unter allgemeiner Zustimmung der Versammlung meiner Freude Ausdruck gab über „die nun in aller Form erfolgte Einbekenntniss der tuberculösen Natur des Lupus durch Kaposi" und so dieses wichtige Einbekenntniss, um es vulgär auszudrücken, annagelte, finden wir, dass der Autor in dieser vierten Auflage von der Anerkennung der tuberculösen Natur dieses Leidens viel weiter entfernt ist, als selbst in der dritten Auflage. Wer wollte dem Autor das Recht bestreiten, innerhalb der Zeit von 1891 bis zur Ausgabe seiner vierten Auflage, 1893, sich wieder eines Anderen besonnen zu haben, dann aber hätte der Autor die **neuen** Gründe für eine solche Sinnesänderung, klipp und klar darlegen sollen, ich habe aber trotz eifrigen Suchens nichts derartiges gefunden.

Trotz alledem bleibt unser Urtheil über die Vortrefflichkeit des Buches, dessen Schwerpunkt in der ausgezeichneten Schilderung der Krankheitsbilder liegt, aufrecht. Für diese meisterhafte Darstellung, für die aus reicher Erfahrung und sorgfältiger Prüfung hervorgegangenen therapeutischen Rathschläge, zollen wir dem Autor grössten Dank. Die Ausstattung des mit zahlreichen Abbildungen versehenen Buches ist vortrefflich.

R. Kobert. Compendium der Arzneiverordnungslehre für Studierende und Aerzte. Zweite erweiterte Auflage mit 121 Abbild. Stuttgart. Ferd. Enke 1893.

Besprochen von Dr. Spietschka in Prag.

Dieses Buch ist aus Cursen hervorgegangen, welche der auf dem Gebiete der Pharmakologie hervorragende Verfasser bereits vor etwa 15 Jahren in Halle, und seitdem wieder etwa 15 mal in Dorpat gehalten hat. Das Buch enthält einen allgemeinen und einen speciellen Theil. In dem einen sowie im anderen findet nicht nur jeder Arzt und Student das Wichtigste und Nothwendige, auch

der Specialist wird darin selbst die allerneuesten Mittheilungen über die auf seinem Gebiete empfohlenen Arzneiverordnungen Aufschluss erhalten, wobei das Gebiet der Dermatologie besonders berücksichtigt erscheint. Ueber die officinellen Präparate, deren Zusammensetzung und Bereitungsweise angegeben ist, sind am Ende eines jeden Capitels zahlreiche Beispiele angeführt; dabei scheint uns von Wichtigkeit, dass bei diesen Beispielen nicht nur die Indicationen angegeben sind, sondern auch die Preise der einzelnen Recepte berücksichtigt wurden. Ferner war der Verfasser bemüht, in übersichtlicher Weise eine Tabelle zu liefern, welche die wissenschaftlichen Bezeichnungen der modernen Vulgärnamen von Arzneimitteln enthält. Das sehr gut ausgestattete Buch ist mit über hundert gut ausgeführten Abbildungen versehen. Wir können das Buch nicht nur dem Anfänger und Praktiker, sondern auch dem Specialisten wärmstens empfehlen, und sind überzeugt, dass alle den gewünschten Aufschluss in kurzer aber klarer Weise erhalten werden.

T. Barthélemy. Étude sur le Dermographisme ou Dermoneurose toxivasomotrice. Sociéte d'éditions scientifiques. Paris, Rue Antoine Dubois 4. 1893. 293 S., 17 Tafeln.

Angezeigt von Dr. Friedel Pick in Prag.

In dieser elegant ausgestatteten Monographie gibt B. ein übersichtliches Bild des jetzigen Standes der Kenntnisse über die so vieldeutige Affection der Dermographie. Neben der Erörterung der Symptomatologie und der Pathogenese dieses dunklen Symptomencomplexes, für welche er zahlreiche neue Beobachtungen und Experimente beibringt, hat er auch der historischen Seite — in Bezug auf den Zusammenhang mancher Befunde in Hexenprocessen mit der vorliegenden Affection — Beachtung geschenkt. Ein ausführliches Literaturverzeichniss, sowie mehrere instructive Photographien erhöhen den Werth der verdienstvollen Monographie.

Varia.

Bei der Redaction eingelaufene Bücher:

Archives des sciences biologiques publies par l'Institut imperial de médecine expérimentale à St. Petersbourg. Tome II Nr. 1 und 2.

Blaschko Dr. A.: Syphilis und Prostitution vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege. Berlin 1893. S. Karger.

Barthélemy T. Étude sur le dermographisme ou dermoneurose toxi-vasomotrice. Paris 1893. Société d'éditions scientifiques.

Czermak Prof. Dr. W.: Die augenärztlichen Operationen. Heft 1 bis 4. Wien 1893. Karl Gerold's Sohn.

Finger Dr. E.: Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen. 3. Aufl. Leipzig und Wien 1893. Franz Deuticke.

Jessner Dr. S.: Hautkrankheiten einschliesslich Syphilide und Cosmetik. Königsberg i. Pr. Ferd. Beyer. 1893.

Kaposi Prof. Dr. M.: Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 4. Aufl. Wien und Leipzig 1893. Urban und Schwarzenberg.

Kopp Dr. C.: Atlas der Geschlechtskrankheiten. München. J. F. Lehmann 1894.

Kopp Dr. C.: Atlas der Hautkrankheiten. München. J. F. Lehmann 1893.

Kobert Prof. Dr. R.: Compendium der Arzneiverordnungslehre für Studierende und Aerzte. 2. Aufl. Stuttgart 1893. Ferd. Enke.

Kraft-Ebing Prof. Dr. R. v.: Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für prakt. Aerzte und Studierende. 5. Aufl. Stuttgart 1893. Ferdinand Enke.

Lefert Paul Prof. Dr.: La Pratique Dermatologique et Syphiligraphique des Hôpitaux de Paris. Paris 1893. J. B. Bailliére et Fils.

Lapin A.: Zur Pharmakologie der Camphergruppe. Jurjew 1893. C. Mattiesen.

Münch Prof. Dr. G. N.: Die Zaraath (Lepra) der hebräischen Bibel. Hamburg und Leipzig 1893. Leop. Voss.

Moreira J.: Etiologia da Syphilis maligna precoce. Bahia 1891. Liguori et C.

Oberländer F. M. Dr.: Lehrbuch der Urethroskopie. Leipzig 1893. Georg Thieme.

Róna S. Dr.: A Buja vagy Nemi Betekségek Budapest 1894. Franke.

Wolff Prof. Dr. A.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Aerzte und Studierende. Stuttgart 1893. Ferd. Enke.

Bulkley L. D.: On the relation of eczema to disturbances of the nervous system. Medical News. 1891.

Cazeneuve P. et Rollet E.: Le Gallanol dans le psoriasis et l'eczema. Lyon Medical 1893.

Cartaz A. Dr.: La soudure compléte du voile du palais et du pharynx. Arch. int. de Laryngologie 1893. T. VI.

Colombini P. Dr.: Sull eczema acuto del labbro inferiore. Riforma medica. Nov.-Dic. 1892.

Christmann Ferd. Dr.: Wirkung des Europhens auf den Bacillus der menschlichen Tuberculose. Centralbl. für Bakteriologie und Parasitenkunde. Bd. XIII, Nr. 13.

Étienne A. Dr.: Cystite chez un sujet blennorragique suspect de tuberculose. Annal. de la policlin. de Toulouse. April 1893.

Eichhoff P. J. Dr.: Ueber pulverförmige medicinische Seifen. Therapeut. Monatshefte. Oct.-Nov. 1892.

Fabry J. Dr.: Ueber die tuberculösen Affectionen der Haut. Festschrift zur Feier des 25jähr. Jubiläums des ärztl. Vereines des Reg.-Bezirkes Arnsberg. Wiesbaden 1893. J. F. Bergmann.

Goldschmidt J. Dr.: Die Behandlung und Heilung der Lepra tuberosa mit Europhen. Therapeutische Monatshefte. April 1893.

Hallopeau H. Prof. Dr.: Étude sur les différentes formes de tuberculose cutanée. Union Médicale 1893.

Lahusen Dr.: Die Lungentuberculose und ihre Verhütung vermittelst rationeller Abhärtung durch Wasserkur im Hause. München. Dr. E. Albert & Co. 1893.

Milton J. L. On Lupus. Edinburgh Medical Journal for December 1892.

Neisser A. Prof. Dr.: Die deutschen Universitäten. Für die Universitätsausstellung in Chicago 1893 im Auftrage des Cultus-Ministeriums herausgegeben. X. Dermatologie.

Paltauf R. Prof. Dr.: Ueber lymphatische Neubildungen der Haut. Sep.-Abdruck aus dem Protokolle des zweiten internat. dermatol. Congresses in Wien 1892.

La Roumanie Medicale Nr. 2, 1893: Petrini Galatz. Prophylaxie de la Syphilis en Roumanie. Le traitement de l'érysipéle à l'hôpital Colentina. Kalindero: Note sur l'étiologie de la pellage.

Touton K. Dr.: Ueber Russel'sche Fuchsinkörperchen und Goldmann'sche Kugelzellen. Virchow's Archiv 1893, Bd. 132.

Ullmann K. Dr.: Ein neuer Untersuchungs- und Operationstisch für den praktischen Arzt. Wiener med. Wochenschrift. 1893. Nr. 15.

Weber Mathilde: Aerztinen für Frauenkrankheiten. 5. Auflage. Berlin 1893. L. Oehmigk.

Alle bei der Redaction in zwei Exemplaren eingelaufenen Drucksachen gelangen hier zur Anzeige und zur eventuellen Besprechung.

Originalabhandlungen.

Extragenitale Syphilisinfection. 539 Fälle.

Von

Dr. **Rudolf Krefting,**

I. Assistenzarzt an der Universitätsklinik für Hautkranke in Christiania.

Die extragenitale Syphilisinfection muss einen jeden praktischen Arzt ebenso sehr interessiren wie den Fachmann, da es im Allgemeinen jetzt dessen Sache sein wird, bei Zeiten eine richtige Diagnose zu stellen, um den localen Epidemien vorzubeugen, die oft eine Folge davon sind, dass ein solcher Fall unbeachtet bleibt.

Im Allgemeinen ist es jedoch so, dass der Arzt erst um Rath gefragt wird, nachdem die Krankheit secundäre Symptome gezeigt hat und in der langen Zeit, die verstreicht vom Beginn der primären Wunde bis zum Erscheinen der secundären Symptome, ca. 6—8 Wochen, ist die Krankheit oft bereits auf verschiedene Arten weitergeführt.

Die Berichte über die grossen Syphilisepidemien, die am Ende des 15. und zu Anfang des 16. Jahrhunderts ganz Europa heimsuchten, scheinen darauf hinzudeuten, dass diese Krankheit, die man damals gern Morbus gallicus benannte, sich vielleicht ebenso sehr auf extragenitalem als auf geschlechtlichem Wege ausbreitete.

Wenn man sieht, wie häufig die extragenitale Infectionsart selbst in unserer aufgeklärten Zeit ist, wird man sich nicht wundern über eine so heftige epidemische Ausbreitung, wenn man ausserdem die Intensität und Bösartigkeit berücksichtigt, die die Krankheit zu jener Zeit zeigte. Erst später hat die

Krankheit ihre jetzige mildere Form angenommen, die eine Abschwächung des Ansteckungsstoffes voraussetzen lässt.

Die Auffassung der Krankheit zu jener Zeit scheint völlig correct gewesen zu sein, indem die auf diesem Gebiete reiche Literatur jener Zeit den vermutheten Ansteckungsstoff als fix bezeichnet, übertragbar nur durch directe Berührung, meistens durch Coitus, aber auch durch Kuss, Säugen, vom Kinde auf die Amme, durch Blasinstrumente, Ess- und Trinkgeräthschaften. (Johann Almenar 1502, de Vige 1513, Fracastorius u. A.) [1])

Die bekannten interessanten Mittheilungen von W. Boeck [2]) über die Radesyge, die nichts anderes als verkannte Syphilis, zeigen, dass die Krankheit am Schlusse des vorigen und zu Anfang dieses Jahrhunderts hier im Lande in einer Weise auftrat, die stark an die soeben erwähnte grosse europäische Epidemie erinnerte, obschon sie derselben an Intensität und Bösartigkeit nachgestanden zu haben scheint.

Dass die extragenitalen Infectionsarten eine wesentliche Rolle spielten, geht deutlich aus Boeck's obenerwähnter Arbeit hervor.

Um der um sich greifenden Epidemie Abhilfe zu schaffen, wurde im Jahre 1778 von der Administration eine königliche Commission, aus 5 Mitgliedern bestehend, ernannt, die die Krankheit erforschen und Bestimmungen treffen sollte, die darauf zielten, die weitere Ausbreitung derselben zu verhindern und die Erkrankten zu heilen.

Die Commission verschaffte sich durch die Bischöfe Antwort auf verschiedene gestellte Fragen und aus den Berichten der Geistlichen geht hervor, dass die meisten die Radesyge richtig als venerische Krankheit aufgefasst haben.

Es geht ferner aus diesen Berichten hervor, dass die Krankheit sich über ganz Norwegen, mit Ausnahme von Ost-Finmarken, verbreitet hatte.

Die Commission zeigte jedoch geringe Kritik bei der Benutzung der vielen guten Aufklärungen, die sie sowohl von

---

[1]) Kaposi. Syphilis. 1891 p. 7.

[2]) Boeck et Danielssen. Recueil d'observations sur maladies de la peau. Christiania 1860.

Aerzten als auch von Geistlichen erhalten, und verwechselte Radesyge mit der Lepra, indem sie die Lepra für einen höheren Entwicklungsgrad der Radesyge ansahen. Diese Auffassung ging auch später in die ausländische Literatur über.

Die Berichte der Geistlichen zeigen auch, dass man schon damals völlig aufmerksam war auf die extragenitalen Uebertragungsarten. Ein Geistlicher in Oerkedalen berichtet demgemäss, dass die Krankheit vor 14 Jahren durch eine Amme aus Tönseth, nach dort gebracht sein sollte. 100—200 erkrankten.

Der Pfarrer Abildgaard auf Röraos berichtet: „Die Krankheit ist vor etwas über 20 Jahren von einer Frau aus Drontheim hierhergeschleppt worden. Es sind jetzt 100 Erkrankte. Sie hat sich besonders auf die Weise verbreitet, dass ein mit der Seuche behaftetes Kind von einer gesunden Frau gesäugt worden, die dann sofort angesteckt wurde; oder ein gesundes Kind ist von einer kranken Frau gesäugt worden und ist selbst angesteckt worden und hat seine Eltern angesteckt.“

Dieser Bericht ist von einem Geistlichen im Jahre 1778 geliefert, während die grössten Pariser Syphilidologen diese Verbreitungsart bestritten haben und erst im Jahre 1859 sich für die Contagiosität der secundären syphilitischen Fälle erklärten.

Dass eine jede beliebige zugängliche Stelle am menschlichen Körper der Sitz für die syphilitische Primäraffection sein kann, ist bereits von Hunter ausgesprochen worden; aber die Literatur der letzten 20 Jahre hat erst eine grössere Menge extragenitaler Infectionen mitgetheilt mit Angabe des Sitzes der Primäraffectionen und der Infectionsarten. Diese Literatur ist von Pospelow übersichtlich gesammelt und im Archiv für Dermatologie und Syphilis 1889, p. 235 mitgetheilt.

In der Literatur der verschiedenen Länder wird eine grössere oder geringere Anzahl von extragenitalen Infectionen mitgetheilt, aber irgend welche grössere gesammelte Angaben solcher Fälle, verglichen mit den gleichzeitig vorgekommenen Fällen von genitalen Infectionen, liegen nur in dürftiger Anzahl vor.

Es ist in in dieser Literatur besonders Gewicht gelegt auf seltene Localisirungen von Primäraffectionen und seltene Infectionsarten. Was die meisten Länder anbetrifft, finden sich keinerlei zuverlässige Angaben über

die absolute oder relative Häufigkeit der extragenitalen Infectionen. von Broich[1]) hat in dieser Beziehung versucht, die verschiedenen Länder zu vergleichen.

Einzelne Schriftsteller aus verschiedenen Ländern berichten freilich eine grosse Anzahl von, in einem bestimmten Zeitraum vorgekommenen, extragenitalen Infectionen, geben jedoch nicht an, wie viele Fälle von gewöhnlichen genitalen Infectionen gleichzeitig behandelt wurden.

In Copenhagen scheint die extragenitale Infectionsart nicht häufig zu sein, indem Bergh von 1872—86 unter 431 Fällen von frischer Syphilis nur 5 extragenitale Schanker observirte.

In Wien constatirte Mraček in Sigmunds Klinik bei Männern 1% und bei Frauen 14% extragenitaler Infection.

Aus Amsterdam werden von einer dortigen Klinik unter einer kleineren Anzahl Infectionen im Jahre 1886—87 10% extragenital Inficirte gemeldet, 4% von den männlichen und 15% von den weiblichen. Von Doutrelepont's Klinik in Bonn berichtet von Broich, dass vom 1. April 1888 bis 1. April 1889 unter 115 Fällen von frischer Syphilis nicht ein einziger Fall von extragenitaler Infection vorkam; dagegen vom 1. April 1889 bis 1. April 1890 unter 120 Fällen 11 Initialsclerosen — 3 bei Männern und 8 bei Frauen — ca. 10%.

Man kann doch aus diesen Berichten nicht allzu viel schliessen, wenn schon man wohl berechtigt sein darf anzunehmen, dass diese extragenitale Infection, wenigstens in den obenerwähnten Ländern, nicht so häufig gewesen ist, dass sie sich irgend welche besondere Aufmerksamkeit zugezogen hätte.

Was Frankreich und besonders Russland anbetrifft, so haben die extragenitalen Infectionen sich mehr Aufmerksamkeit zugezogen, indem auch von diesen Ländern derartige statistische Berichte vorliegen, dass dieselben einen Begriff geben können von dem Verhältniss zwischen der Häufigkeit der genitalen und der extragenitalen Infectionsart. Die grösste gesammelte französische Statistik ist von Jullien.[2])

	Genitale Schanker	Extragenitale Schanker
Frauen	277	61
Männer . . .	1700	65
	1977	126

Von sämmtlichen sind 5·7% extragenital angesteckt. Unter den Frauen 18% und unter den Männern 3·60%.

Von Russland liegen statistische Mittheilungen von einer Menge von Aerzten vor. Was die grossen Städte anbetrifft, so scheinen die extragenitalen Infectionen nicht so sehr häufig zu sein, obschon die Angaben sehr verschieden lauten.

[1]) Ueber extragenitale Syphilisinfection. Archiv f. Derm. u. Syph. 1890 p. 497.

[2]) Jullien. Maladies veneriennes. 1886, p. 528.

Aus Moskau (dem Mjässnitzky'schen Krankenhaus) liegen Berichte von Pospelow[1]) über 198 Fälle von extragenitalen Infectionen vor, die im Laufe von 10 Jahren beobachtet worden, doch ist nicht angegeben, wie viele genital Inficirte gleichzeitig behandelt wurden. Es wird aber ausgerechnet, dass jährlich 15 bis 25 Personen aus der Arbeitsclasse auf unschuldige Weise inficirt werden.

Vom Alexanderhospital in St. Petersburg gibt Petersen[2]) das procentweise Verhältniss der extragenital zu den genital Angesteckten auf 1,9% an.

Prof. Gay[3]) gibt den Procentsatz der extragenitalen Infectionen in Russland für Männer mit 3,87, für Frauen mit 18,9% an. Diese Zahlen entsprechen sowohl Julliens als auch meiner Statistik.

In Cronstadt finden sich nach einem Berichte von Bogolubow über 753 Fälle von Syphilis nur 4 extragenitale, 0,50%.

Aus Riga liegen Berichte vor, die auf 1,3% lauten.

In Samora fanden sich nach Wirpscha[4]) im Laufe von 10 Jahren unter 5147 Fällen 249 extragenitale, also 4,46%.

Die Berichte aus den grösseren Städten erscheinen also keineswegs auffallend.

Dagegen lauten die Berichte aus den Landdistricten und Dörfern fast unglaublich, indem die Krankheit danach viel häufiger auf extragenitalem als auf genitalem Wege übertragen wird.

Aus verschiedenen Gouvernements werden 75%, ja sogar bis 90% extragenital Inficirte gemeldet.

Da es wünschenswerth sein wird, von den verschiedenen Ländern umfassende Mittheilungen über das Vorkommen der extragenitalen Syphilisinfection zu erhalten, die sich auf Beobachtungen während eines längeren Zeitraums stützen, habe ich, um meinen Beitrag dazu zu geben, die Journale der Universitätsklinik aus einem Zeitraum von 25 Jahren durchgearbeitet und dadurch ein gutes Material zur Beleuchtung dieser Frage für Norwegen oder richtiger für dessen Hauptstadt gefunden.

Das Hospital hat ausser den Patienten aus der Stadt selbst auch solche aus den nächsten Landdistricten aufgenommen, so dass die Statistik nicht nur eine reine Stadtstatistik wird.

In dem obengenannten Zeitraum sind behandelt worden:
2916 Patienten mit Syphilis, genital inficirt.

---

[1]) Ueber extragenitale Syphilisinfection. Dieses Archiv 1889.

[2]) Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1888 p. 307.

[3]) Ref. in diesem Archiv 1889 p. 240.

[4]) dto.

Von diesen waren 1354 erwachsene Männer und 1562 Frauen, die alle erwachsen waren, mit Ausnahme von 4 (eine 7 Jahre, eine 11, eine 12 und eine 14 Jahre alt.)

In demselben Zeitraum befanden sich im Hospital: 539 Patienten, die auf extragenitalem Wege inficirt worden — also **15,6%** von sämmtlichen Kranken waren extragenital angesteckt.

Von diesen waren 292 Erwachsene, wovon 61 Männer, 231 Frauen und 247 Kinder und zwar von letzteren 117 Knaben und 130 Mädchen.

Die extragenitale Infectionsart zeigt sich, wenigstens in Betreff der im Hospital Behandelten, bei Weitem häufiger unter den Frauen als unter den Männern, welcher Umstand auch den an anderen Orten gemachten Beobachtungen entspricht (vgl. oben erwähnte Angaben von Jullien).

Auf 1354 genital inficirte Männer kommen nur 61 extragenital inficirte d. i. 4,3%, während auf die 1562 genital inficirten Frauen 231 mit extragenitaler Infection d. i. 12,8% kommen.

Diese Zahlen entsprechen den Angaben Julliens ziemlich genau.

Was die Kinder anbetrifft, findet man ebenso viele Knaben als Mädchen behandelt.

In dem genannten Zeitraum von 25 Jahren hat die Häufigkeit der extragenitalen Infectionen bedeutend variirt, wie solches aus nebenstehender Tabelle hervorgeht.

	Genital angesteckt			Extragenital angesteckt				Summe	Extragenital procentweise
				Erwachsene		Kinder			
	Männl.	Weibl.	Summe	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.		
1867	68	69	137	3	6	7	9	25	15%
1868	74	75[1]	149	3	10	3	9	25	14
1869	79	69	148	2	3	10	10	25	14
1870	73	74[2]	147	6	15	8	8	37	20
1871	78	44	122	1	21	19	8	49	29

[1]) Ein Mädchen, 7 Jahre alt, genital inficirt.

[2]) 12jähriges Mädchen, genital inficirt.

	Genital angesteckt			Extragenital angestellt				Summe	Extragenital procentweise
				Erwachsene		Kinder			
	Männl.	Weibl.	Summe	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.		
1872	51	22	73	4	10	8	7	29	28%
1873	25	46	71	6	7	4	4	21	23
1874	27	49[1]	76	2	8	5	4	19	20
1875	18	25	43	—	12	6	4	22	34
1876	24	37	61	1	8	—	1	10	14
1877	36	57	93	4	5	—	1	10	10
1878	45	65	110	2	11	3	2	18	14
1879	48	93	141	4	11	5	5	25	15
1880	65	77	142	1	11	4	3	19	12
1881	64	61	125	1	10	4	5	20	13
1882	79	73	152	3	14	5	8	30	16
1883	57	66	123	2	6	5	6	19	12
1884	42	55	97	1	11	8	9	29	23
1885	35	68	103	1	9	1	3	14	12
1886	25	61	86	1	11	4	6	22	20
1887	40	49	89	4	5	1	4	14	14
1888	44	63	107	1	4	1	2	8	7
1889	57	77	134	3	8	4	6	21	14
1890	101	96	197	2	9	2	5	18	8
1891	99	91[2]	190	3	6	—	1	10	5
Total	1354	1562	2916	61	231	117	130	539	15·6%

Wie man sieht, ist die relative Häufigkeit der extragenitalen Infectionen im Jahre 1875 am grössten gewesen, indem von 65 Behandelten 22 mit extragenitaler Infection d. i. 34% waren, während die absolut grösste Anzahl von extragenital Inficirten im Jahre 1871 behandelt wurde, nämlich 49 Fälle.

Das procentweise Verhältniss war in dem Jahre jedoch nicht mehr als 29%.

[1]) 11jähriges Mädchen, genital inficirt.
[2]) 14jähriges Mädchen, genital inficirt.

In den letzten 4 Jahren des erwähnten Zeitraums sieht man ein bedeutendes Fallen in der absoluten und relativen Häufigkeit extragenitaler Infectionen, während die Anzahl der genital inficirten Patienten in diesen Jahren eine bedeutende Steigerung aufweiste.

Die Ursache der Steigerung in der Anzahl der Letzteren muss in der im Jahre 1888 erfolgten Aufhebung der controllirten Prostitution gesucht werden, während ich mir gedacht habe, dass das bedeutende Abnehmen der extragenitalen Infectionen seinen Grund haben muss in der Furcht vor ansteckenden Krankheiten, welche die Lehre von den Bakterien selbst bei dem weniger aufgeklärten Theil der Bevölkerung hervorgerufen hat. Besonders hat vielleicht ein bei uns von den Aerzten eingeführtes Tuberculose-Placat zu grösserer Vorsicht mit Rücksicht auf Essgeräthschaften etc. beigetragen.

In der obenerwähnten Arbeit von Pospelow über extragenitale Syphilis in Moskau sehen wir, dass der Verfasser der Meinung ist, dass Syphilis insons von Jahr zu Jahr häufiger wird, ohne dass hierfür Zahlenangaben geliefert werden.

Gleichwie Pospelow's Patienten, gehören auch fast sämmtliche in der Universitätsklinik wegen extragenitaler Syphilis Behandelte der Arbeitsclasse an.

Wenn man die grosse Häufigkeit von extragenit. Syphilis-Infection bei uns sieht, sollte man geneigt sein zu glauben, dass die untere Schicht der Bevölkerung Norwegens in socialer Beziehung ebenso niedrig stände, wie die derselben entsprechende Classe der russischen Bevölkerung.

Dies ist jedoch keineswegs der Fall, indem die arbeitenden Classen in Norwegen und Russland in Bezug auf Aufklärung kaum einen Vergleich dulden.

Auch sind diese Fälle fast ausschliesslich in der Hauptstadt oder in der Nähe derselben vorgekommen, während man wohl sagen darf, dass das Vorkommen der Syphilis im übrigen Lande im Ganzen genommen selten ist.

Nach den Berichten aus Russland dagegen scheint dort die Landbevölkerung und die kleinen Dörfer besonders heimgesucht zu sein.

Das oben erwähnte reiche Material könnte dazu auffordern, die klinischen Symptome hervorzuheben, welche für die extragenitalen Infectionen charakteristisch sind, sowie die Primäraffectionen genauer zu beschreiben.

Pospelow hat in seiner Arbeit in diesem Archiv die für die extragenitalen Syphilisinfectionen charakteristischen Kennzeichen — gesammelt aus einem Material, ungefähr dem meinigen entsprechend — so ausführlich besprochen, dass ich gut darauf hinweisen und nur in aller Kürze die verschiedenen Localisationen besprechen kann.

Bei 280 Fällen d. i. gut die Hälfte der besprochenen 539 extragenitalen Infectionen sehen wir, dass der Sitz der Primäraffection an folgenden Stellen beobachtet worden:

Lippen, inbegriffen die Mundwinkel, 142 Fälle, wovon 112 Erwachsene und 30 Kinder. Von den Erwachsenen 35 Männer und 77 Frauen.

Zahnfleisch: 1 Fall, ein erwachsener Mann.

Zunge: 11 Fälle, 6 Erwachsene, 5 Kinder. Von den Erwachsenen 3 Männer und 3 Frauen.

Rachen: 58 Fälle, Erwachsene 52, Kinder 6. Von den Erwachsenen 9 Männer und 43 Frauen.

Brustdrüsen: 58 Frauen.

Kinn: 1 Fall, eine Frau.

Stein: 1 Fall, ein erwachsenes Mädchen.

Pars capillosa: 2 Fälle, ein Mann und ein erwachsenes Mädchen.

Popletaea: 1 Fall, eine Frau.

Abdomen: 1 Fall, ein Mann.

Finger: 4 Fälle, 3 Männer und eine Frau.

Lippeninfection ist somit unbedingt die am häufigsten vorkommende extragenitale Infectionsart. Demnächst kommen Rachen- und Brustdrüsen-Infection, die gleich häufig sind.

Es ist anzunehmen, dass der grösste Theil der 259 Fälle — 57 Erwachsene und 202 Kinder — wo der Sitz der Primäraffection nicht observirt worden ist, auf die eine oder andere Weise per os inficirt worden und die Krankheit wird in diesen Fällen ihren Invasionsort wesentlich zwischen dem Rachen und den Lippen getheilt haben, so dass die wirkliche Anzahl von Lippen- und Rachen- Infectionen bei Weitem grösser sein wird als die aufgegebenen Zahlen.

Von den bekannten extragenitalen Infectionen sehen wir 51% von Lippeninfection, 20% von Racheninfection, 20% von Brustdrüseninfection und 3,5% von Zungeninfection repräsentirt.

Die Diagnose dieser an den verschiedenen Stellen localisirten Primäraffectionen hat in der Regel keine Schwierigkeiten geboten und wird für Syphilidologen nur ausnahmsweise solche darbieten; während der gewöhnliche praktische Arzt und besonders vielleicht der Hausarzt der

Gefahr ausgesetzt ist, allzu lange mit einer sicheren Diagnose zu warten, indem er sich so lange als möglich scheut vor dem Scandal, zu dem eine solche Diagnose in der Familie des Betreffenden oft Veranlassung geben könnte.

Infectionen durch den Mund. — Lippeninfection.

Auf den Lippen sieht man die syphilitische Neubildung sich auf eine charakteristische Weise entwickeln.

Die Bezeichnung „das primäre Syphilom", die übrigens auf eine jede Primäraffection passen dürfte, scheint hier besonders bezeichnend wegen des in die Augen fallenden und prominirenden Aussehens des Lippenschankers.

Bei den 142 Fällen von Lippeninfection, wo die Primäraffection observirt worden, ist deren Sitz aus folgender Tabelle ersichtlich.

	Erwachsene		Kinder		Summe
	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.	
Oberlippe	16	48	7	5	76
Unterlippe	15	23	4	7	49
Mundwinkel	1	6	5	4	16
Ober- und Unterlippe .	—	1	—	—	1
	32	78	16	16	142

Während nach Julliens Statistik Schanker auf der Unterlippe bei der Frau häufiger als auf der Oberlippe zu sein scheint, zeigen die obenstehenden Zahlen das umgekehrte Verhältniss, indem gerade die Oberlippe am häufigsten der Sitz für die Primäraffection unter den Frauen war.

Was die Männer anbetrifft, zeigen Ober- und Unterlippe dieselben Zahlen, dasselbe Verhältniss, welches auch Julliens Statistik aufweist.

Die unbehandelten Lippenschanker zeigten stets eine mehr oder weniger dicke Kruste und beim Ablösen derselben fand sich entweder nur eine Erosion oder eine tiefere Wunde von knorpelartiger Consistenz mit scharfer Begrenzung und von braunrother Farbe.

Die Secretion aus der Wunde gewöhnlich spärlich und dünn.

In den meisten Fällen ist die Induration charakteristisch und leicht wie ein Knoten zu fühlen gewesen. Oft sind die Patienten erst unter Behandlung gekommen, wenn die Krankheit so weit vorgeschritten, dass nur Reste der Induration zu fühlen waren.

Solche Reste einer Induration haben oft, wenn man wegen der Infectionsart in Zweifel gewesen, solche in's Reine gebracht.

Während man behaupten kann, dass bei Erwachsenen die Induration stets vorhanden gewesen, scheint dieselbe dagegen bei Kindern oft entweder zu fehlen oder so unbedeutend gewesen zu sein, dass sie übersehen worden.

Die Zahlen zeigen ferner, dass Lippenschanker nur bei 32 Kindern observirt worden, während solcher gleichzeitig bei 109 Erwachsenen beobachtet wurde.

Die wirkliche Anzahl von Lippeninfectionen bei Kindern ist sicherlich bedeutend grösser, da nicht weniger als ungefähr 200 Kinder per os inficirt worden, ohne dass der Sitz der Primäraffection observirt worden.

Es ist anzunehmen, dass der grösste Theil dieser Kinder seine Primäraffection auf den Lippen oder im Rachen gehabt hat. Nur verhältnissmässig wenige haben solche vermuthlich auf der Zunge oder an anderen Stellen der Mundhöhle gehabt.

Auch muss man annehmen, dass ein Theil der 57 Erwachsenen, die durch den Mund angesteckt worden, ohne dass die Primäraffection observirt wurde, durch die Lippen inficirt worden sind.

Die Diagnose auf Lippenschanker bietet in der Regel keine Schwierigkeiten, indem dieselbe *gewöhnlich schon von Weitem gestellt werden kann. in demselben Augenblicke, wo der Patient beim Arzte in die Thüre tritt.*

Wenn derselbe in seiner vollen Entwicklung auf seinem Höhepunkt ist, gibt er der Lippe ein *auffallend asymmetrisches Aussehen.* Sitzt er mitten auf der Oberlippe, steht dieselbe wie ein förmlicher Schnabel hervor. Zuweilen hat derselbe kolossale Dimensionen gezeigt mit indurativem Oedem in grosser Ausstreckung um die Wunde herum.

Das beste pathognomonische Zeichen für Lippeninfection muss in der *holzharten Geschwulst der Submaxillar- und Halsdrüsen, besonders auf der Seite, wo die Primäraffection ihren Sitz hat, gesucht werden.*

Die Drüsen haben oft mehr als die Grösse eines Taubeneis erreicht, fast in sämmtlichen Journalen erwähnt.

Die Deformation des Halses, welche die asymmetrische Drüsengeschwulst hervorgerufen hat, wird auch oft in den Journalen genannt.

Bei einzelnen Fällen sieht man jedoch, dass die Submaxillardrüsen am meisten geschwollen waren just auf der entgegengesetzten Seite des Sitzes der Primäraffection.

Wenn somit, wie es zuweilen der Fall gewesen, die Spuren der Primäraffection wenig deutlich sind, so gibt die regionäre, einseitige Drüsengeschwulst die sichersten und besten Aufklärungen über die Invasionsstelle der Krankheit.

Es sind demgemäss Fälle vorgekommen, wo bedeutend einseitige Geschwulst der Submaxillar- und Halsdrüsen vorhanden war, während gleichzeitig die Leistendrüsen nicht geschwollen waren.

Wenn dann ein einigermassen glaubwürdiger Patient erklärt eine Wunde auf der Lippe gehabt zu haben, lange bevor die secundären Ausbrüche kamen, so kann man, selbst wenn keine bedeutende Spur vom Lippenschanker vorhanden, auf die Invasionsstelle der Krankheit schliessen.

Das *Zuheilen* der auf der Universitätsklinik behandelten Lippenschanker ist verhältnissmässig langsam vor sich gegangen.

Quecksilberbehandlung, die die Neubildung am schnellsten zum Schwinden bringt, ist principiell sehr selten angewandt worden.

Racheninfection.

Von unzweifelhaften Racheninfectionen sind in dem oben erwähnten Zeitraum 58 Fälle observirt worden. Die Primäraffectionen sind, wenigstens in den besser observirten Fällen, stets Tonsillarschanker gewesen, die sich zuweilen mehr oder weniger nach den anstossenden Gaumenbögen oder dem am nächsten gelegenen Theil von Uvula verbreitet haben. In 36 Fällen ist der Sitz des Tonsillarschankers erwähnt, indem er in 15 Fällen auf der rechten, in 21 Fällen auf der linken Tonsille gesessen hat.

Von diesen 36 Fällen waren 28 erwachsene Frauen, 4 Männer und 4 Kinder. Von Pospelow's 50 Fällen waren 14 Männer und 36 Frauen.

Die rechte Tonsille ist nach Pospelow die am häufigsten afficirte, während Obenstehendes zeigt, dass die linke am häufigsten angegriffen wird.

Man sieht, dass die Weiber der Ansteckung bedeutend mehr ausgesetzt sind, als die Männer.

Nur in einem Falle scheinen beide Tonsillen Sitz für die Primäraffection gewesen zu sein.

Die Anzahl der Racheninfectionen bei den auf der Universitätsklinik behandelten extragenitalen Infectionen ist freilich bedeutend grösser als die oben genannte, da ein grosser Theil sich vermuthlich der Aufmerksamkeit entzogen hat.

Es ist anzunehmen, dass ein grosser Theil der früher erwähnten 57 Erwachsenen und 199 Kinder, die per os angesteckt waren, ohne dass der Sitz der Primäraffection observirt worden, durch den Rachen inficirt worden.

Pospelow fand, dass fast die Hälfte der Infectionen per os Racheninfectionen waren.

Die genauer beschriebenen Fälle von Tonsillarschankern schreiben sich besonders von den Journalen der letzten 10 Jahre her, indem diese Infectionsart früher wenig bekannt war und sich wenigstens keine besondere Aufmerksamkeit als eine häufige Infectionsart zugezogen hat.

Unsere eigene medicinische Literatur zeigt, dass bei uns kleine Epidemien vorgekommen sind, wo die Infection zweifellos durch den Rachen vor sich gegangen ist.

In Pospelow's sehr umständlicher Literaturangabe sind Berichte aus Norwegen von Boeck, Malm und Graarud erwähnt über 15 Fälle von Tonsillarschanker, in der Privatpraxis beobachtet. Die Ansteckung war in diesen Fällen theils durch Essgeräthschaften, Tabakspfeifen, Kuss übertragen worden. 1 Fall durch Pflege eines syphilitischen Kindes.

In Bezug auf die Symptomatologie bieten die auf dem Hospital observirten Fälle von Tonsillarinfectionen nichts besonderes dar.

Von subjectiven Symptomen sind allerdings Beschwerden beim Schlucken in den meisten Fällen erwähnt, doch haben dieselben für den Patienten nichts besonders Eigenthümliches dargeboten und sind auch nicht immer vorhanden gewesen. Dieses erste Symptom für Tonsillarinfection wird von dem Patienten selbstredend im Allgemeinen als auf einem gewöhnlichen Halsübel beruhend angesehen und daher übersehen.

Ein solcher Patient, der umher geht ohne etwas von seinem Tonsillarschanker zu wissen, ist selbstredend eine für die Gesellschaft gefährliche Person.

Selbst wenn ein solcher Patient einen Arzt consultirt, wird er vielleicht in den meisten Fällen als an Angina oder Diphtheritis leidend angesehen.

Eine nicht geringe Anzahl der im Hospital behandelten Fälle haben erst ihren Weg nach dem Diphtheritlazareth gemacht, ehe die richtige Diagnose gestellt worden.

Aus Pospelow's Arbeit scheint hervorzugehen, dass die Diagnose der primären Rachenwunden keine Schwierigkeiten verursachen sollte. Die Diagnose lässt sich auch meistens mit Leichtigkeit stellen, wenn man hinzukommt zu einer Zeit, wo die besonders charakteristischen Symptome noch vorhanden sind.

Ist die Primäraffection einseitig und sitzt dieselbe auf der einen Tonsille, wie solches gewöhnlich in den Journalen beschrieben worden, ist die Diagnose verhältnissmässig leicht.

Die einseitige Geschwulst und Hyperämie der Tonsillen, die sich oft, scharf begrenzt, bis auf die Gaumenbögen und gegen die Uvula erstreckt, ist von grosser diagnostischer Bedeutung und gibt dem ganzen Rachen ein auffallend asymmetrisches Aussehen.

Wenn hierzu wie in den oben erwähnten besser observirten Fällen von einseitiger Tonsillarinfection starke Geschwulst der Submaxillardrüsen, besonders derjenigen hinter Angulus maxillae sowie der lateralen Halsdrüsen auf derselben Seite wie die Primäraffection, kommt, so bietet die Diagnose keine Schwierigkeiten.

Solange die Krankheit noch verhältnissmässig neueren Datums war, waren die Drüsen von einer knorpelharten Consistenz und bildeten oft grössere Packete, die Veranlassung zu einer auffallenden Deformation des Halses waren noch mehr als bei Lippenschanker, indem die lateralen Halsdrüsen längs M. sterno-cleido-mastoid. den ganzen Hals hinunter, oft geschwollen waren.

Oft sieht man, dass die syphilitische Primärwunde auf den Tonsillen ziemlich tief gewesen mit Gangrän des Gewebes und wird dann mit einer schmutzig grauen Schicht belegt sein.

Induration der Wunde ist oft gefühlt worden, aber man darf nicht verlangen, dass dieselbe stets zu fühlen ist.

Die Schwierigkeit bei der Diagnose auf Tonsillarschanker wird selbstredend grösser, wenn derselbe doppelseitig ist.

Unter den beobachteten Fällen sieht man nur einen Fall, wo die Primäraffection auf beiden Tonsillen beobachtet worden.

Der doppelseitige Tonsillarschanker wird die grössten Schwierigkeiten in Bezug auf die Diagnose darbieten können.

Ausser dem Gedanken an Diphtheritis wird man auch die Aufmerksamkeit auf Ulcerationen im Rachen hingewendet haben können, die in der secundären Periode vorkommen.

Die Glandelgeschwulst am Halse und hinter Angulus maxillae wird beim doppelseitigen Tonsillarschanker auch auffallend sein, ohne jedoch eine besondere Asymmetrie der Halspartie hervorzurufen.

Bei einem solchen weniger klaren Falle wird man doch stets Anhaltspunkte für die Diagnose finden, wenn erst der Verdacht auf Syphilis erweckt ist.

Zungeninfection.

Diese Infection ist, wie man sieht, bei 11 Fällen — 6 Erwachsene und 5 Kinder — beobachtet worden. Von den Erwachsenen 3 Männer und 3 Frauen. Es sind theils indurirte Wunden, theils indurirte Narben auf der Zunge beschrieben.

Bei zweien der Kinder ist der Sitz der Primäraffection auf der Zunge nur aus der Krankheitsgeschichte aufgeklärt. Im Allgemeinen sind mehr oder weniger Geschwulst oder Submaxillardrüsen erwähnt, besonders auf der Seite, wo die Primäraffection gesessen hat, ebenso wie auch gewöhnlich asymmetrische Geschwulst der Halsdrüsen vorhanden gewesen.

Zahnfleisch.

Nur in einem Falle, bei einem erwachsenen Manne, sehen wir, dass die Primäraffection auf dem Zahnfleisch am Oberkiefer über den Vorderzähnen gesessen hat. Da eine jede Wunde an dieser Stelle wegen der anatomischen Verhältnisse sich hart anfühlen wird, hat das sonst pathognomonische Zeichen in Bezug auf diese Localisation keine diagnostische Bedeutung.

Bedeutende Geschwulst der Submaxillar- und Nuchaldrüsen, besonders auf der linken Seite sind im Journal erwähnt.

Brustdrüseninfection.

Die gesammelte Anzahl von beobachteten Brustdrüseninfectionen war **58**, dieselbe Anzahl wie die von Racheninfectionen.

In 19 Fällen waren die rechten und in 27 die linken Mammae der Sitz der Primäraffection und in 6 Fällen beide. In 6 Fällen ist es nicht aufgeklärt, auf welcher Brust dieselbe gesessen.

Das primäre Syphilom nahm meistens die Basis der Brustwarzen ein, indem es sich bis über die eine Hälfte der Brustwarze erstreckte. Zuweilen konnte die Affection sich rings um die Basis der Brustwarze erstrecken. Meistens hatte die Wunde eine mehr oder weniger unregelmässige Halbmondform.

So lange sie nicht unter Behandlung waren, zeigten die primären Wunden sich mit einer blutigen Kruste belegt. Beim Entfernen derselben wies die Oberfläche der Schankerwunde eine dunkelrothe Farbe auf.

Induration war stets mehr oder weniger deutlich vorhanden.

Einige Patienten kamen in's Hospital mit indurirten hyperämischen Narben nach längst zugeheilten Schankern. Diese waren lange zu sehen und zu fühlen im Verlaufe der Krankheit.

Die Wunden an den Brustdrüsen heilten stets ohne grösseren Substanzverlust.

Die Axillardrüsen auf derselben Seite werden stets als geschwollen erwähnt.

Nicht selten werden eine Reihe geschwollener Drüsen längs Musculus pectoralis auf derselben Seite erwähnt. Wenn Primärwunden auf beiden Mammae vorhanden waren, waren auch die Drüsen in beiden Axillen geschwollen, jedoch nicht gleich stark auf beiden Seiten.

Die Diagnose der syphilitischen Primäraffection an den Brustdrüsen bot niemals Schwierigkeiten, da sowohl Induration als auch charakteristische Drüsengeschwulst stets deutlich ausgesprochen vorhanden war, selbst ziemlich lange Zeit nach der Infection.

Andere Localisationen der Primäraffection.

An den Fingern ist der Sitz der Primäraffection in 4 Fällen observirt worden: 2 Männer und 2 Frauen. Bei den beiden Frauen sass die Affection auf dem rechten Zeigefinger. In Bezug auf den einen dieser Fälle ist eine Reihe geschwollener Drüsen nach dem rechten Cubitus zu sowie geschwollene Axillarglandeln erwähnt.

Von den Männern hatte der eine die Primäraffection am rechten Ringfinger, der andere am rechten Zeigefinger. Cubital, Axillardrüsen sind besonders erwähnt als geschwollen auf beiden Seiten.

In Betreff des einen ist auch Geschwulst der Pectoraldrüsen auf derselben Seite erwähnt. Im Uebrigen scheint die Primäraffection an den Fingern kein besonderes charakteristisches Schankeraussehen dargeboten zu haben. Die Glandelgeschwulst muss hierbei entscheiden.

Als ein Beispiel, wie leicht ein solcher Fingerschanker übersehen werden kann, will ich einen Fall anführen, der mir zufällig von einem Collegen gezeigt wurde. Es war ein Bäcker, der sich bei dem betreffenden Collegen unter Behandlung befand wegen secundärer Syphilis, ohne dass es aufgeklärt wurde, auf welche Weise die Krankheit erworben worden. Um seinen rechten Zeigefinger hatte der Patient einen kleinen Verband und gab an, einen „Wurm am Finger" zu haben.

Der Arzt hatte auch seit einiger Zeit diesen Verband bemerkt, aber nicht näher den Finger angesehen.

Ausser einer Wunde an der äussersten geschwollenen Phalanx waren harte Geschwulste einiger Drüsen auf der Innenseite des Unterarms gegen den Cubitus, sowie geschwollene Axillardrüsen zu fühlen.

Der Invasionsort der Krankheit war klar.

Auf Pars capillata war die Primäraffection in 2 Fällen observirt, bei einem erwachsenen Manne und einer Frau. Was den Mann betrifft, sind die Cervicaldrüsen als besonders geschwollen erwähnt.

Was die Frau betrifft, ist Geschwulst der Nucal-Cervicaldrüsen bes. auf der rechten Seite auch der Submaxillar- und Axillardrüsen erwähnt

Am Kinn ist indurirter Schanker bei einer 28jährigen Frau observirt. Es waren geschwollene Drüsen vor dem rechten Ohr beobachtet. Submaxillar- und Submentaldrüsen geschwollen, auch einige Geschwulst der Leistendrüsen. In einem Falle bei einer Frau sieht man, dass die

Primäraffection auf der Aussenseite der rechten Hand gesessen hat, bei einer anderen Frau in Poplitaea.

Die Art der Ansteckung.

Mit Ausnahme von ungefähr 100 Fällen liegen für sämmtliche oben genannte Fälle von extragenitaler Infection Aufklärungen über die Art der Ansteckung vor. Die Journale geben schon gleich vom Anfang der ersten Jahre des genannten Zeitraums an gute Aufschlüsse in dieser Beziehung. Die Infectionen pr. os, die zusammen ungefähr $^4/_5$ sämmtlicher Fälle ausmachen, schreiben sich theils von Ess- und Trinkgeräthschaften, theils von Küssen her, in Betreff einiger Säuglinge vom Saugen und einiger Erwachsener von Pfeife oder Cigarre.

Unter den Erwachsenen, die speciell als durch Kuss angesteckt angegeben sind, befinden sich 14 Männer und 37 Frauen. Von den letzteren sind 8 aufgeführt als von ihren respectiven Verlobten angesteckt. Diese Art der Uebertragung ist jedoch vermuthlich weit häufiger, als diese Zahlen angeben.

Besonders muss diese Infectionsart unter Kindern vorgekommen sein bei Haus- und Familienepidemien.

Uebertragung durch Pfeife oder Cigarre ist nur in 5 Fällen nachgewiesen.

Es ist anzunehmen, dass bei uns Mund- und Racheninfection durch perversen geschlechtlichen Umgang nicht vorgekommen ist. In keinem Falle ist Ansteckung durch Blasinstrumente oder andere Geräthschaften nachgewiesen.

Als angesteckt beim Säugen liegt vollständige Aufklärung bei 19 Kindern vor.

Auch ein erwachsenes Mädchen ist, wie man sieht, dadurch angesteckt worden, dass es an den Brüsten einer syphylitischen Wöchnerin gesogen (um sie vom Andrang der Milch zu befreien). Eine bei weitem grössere Anzahl Kinder ist wahrscheinlich auf diese Weise angesteckt worden, da es sehr gewöhnlich unter dem Volke ist, dass die Weiber, wenn sie einander besuchen, fremden Kindern die Brust reichen. Dies wird fast als ein Beweis von Artigkeit angesehen.

Es ist auch allgemein unter der arbeitenden Classe, dass die Kinder von den Nachbarinen gesäugt werden, die sie warten, wenn ihre Mütter nicht zu Hause sind.

Fast sämmtliche Infectionen pr. os, die nicht auf eine der eben genannten Arten vor sich gegangen, müssen auf die eine oder andere Weise durch Ess- und Trinkgeräthschaften geschehen sein.

Wenn man annimmt, dass $^3/_4$ sämmtlicher extragenitaler Infectionen auf diese Weise vor sich gegangen sind, so glaube ich, dass man der wirklichen Anzahl ziemlich nahe kommt.

Es ist anzunehmen, dass einige kleine Kinder — wie solches auch zuweilen nachgewiesen ist — beim Essen angesteckt sind, ohne dass ein Löffel gebraucht wurde, indem es nicht ungewöhnlich ist, dass Mütter oder Pflegerinen das Essen erst kauen, bevor sie es den Kindern in den Mund stecken.

Unter den oben erwähnten 58 Fällen von Brustdrüseninfection ist eine Frau, die dadurch inficirt worden, dass sie sich von einem erwachsenen syphilitischen Mädchen an den Brüsten saugen liess.

Die übrigen sind beim Säugen inficirt, theils von fremden Kindern und zwar am häufigsten von hereditär syphilitischen, theils von ihren eigenen Kindern, die die Krankheit erworben, indem sie von syphilitischen Frauen gesäugt worden oder angesteckt wurden durch Kuss oder durch Essgeräthschaften von Pflegerinen oder Geschwistern.

Bei einem grossen Theil der oben besprochenen Fälle ist ausser der Infectionsart auch nachgewiesen, von wem die Ansteckung herrührte, besonders in Betreff der Kinder.

73 Kinder werden ausdrücklich als von ihren Müttern angesteckt angeführt, die wiederum meistens von ihren Männern genital angesteckt worden.

13 Kinder von ihren Eltern angesteckt (Beide haben die Krankheit gehabt), 37 Kinder von Pflegerinen und Dienstmädchen angesteckt, 19 Kinder sind angegeben als beim Säugen angesteckt, dagegen nur ein Kind durch die Amme (der Gebrauch von Ammen ist ungeheuer selten bei dem Theile der Bevölkerung, der die Hospitalkundschaft bildet).

Bei 14 Kindern ist nur nachgewiesen, dass sie der Ansteckung ausgesetzt gewesen. 4 Kinder von Logirenden angesteckt.

Unter den Erwachsenen sind 35 Frauen angegeben als von Pflegekindern angesteckt.

13 Dienstmädchen und Pflegerinen von syphilitischen Kindern angesteckt.

Wie aus Vorstehendem hervorgeht, sind die Kinder der unteren Classen der Bevölkerung verhältnissmässig sehr der Gefahr ausgesetzt, von Syphilis insons angegriffen zu werden. Syphilitische Kinder ringsum in den kleinen ärmlichen Wohnungen sind besonders gefährlich und sind oft Veranlassung zu grösseren Haus- und Familienepidemien.

In dem obenerwähnten Zeitraum finden sich in den Journalen gute Aufschlüsse über 22 grössere Haus- und Familienepidemien, wo Kinder und Erwachsene um einander angegriffen worden sind.

Verlauf und Behandlung der Krankheit.

Was den Verlauf der Krankheit anbetrifft, so scheint ein verhältnissmässig grosser Theil der beobachteten extragenital inficirten Fälle schwere Formen mit starken Exanthem-Ausbrüchen und Iriten gezeigt zu haben, gleichwie der Aufenthalt im Hospital in der Regel bedeutend länger gewesen ist, als bei den genital Inficirten.

Besonders scheinen Brustdrüseninfection und Lippeninfectionen bei Erwachsenen oft Anlass gegeben zu haben zu schwerer Syphilis mit verhältnissmässig späten Recidiven. Diese Beobachtungen sind auch völlig übereinstimmend mit den Observationen Anderer. Was die bei secundärer Syphilis gebrauchte Behandlung angeht, weist dieselbe wesentlich von der allgemein gebräuchlichen ab, indem Quecksilbermittel nur ausnahmsweise angewandt worden sind.

Jodkalium ist dagegen fast immer benutzt worden in allen Fällen, die Tendenz gezeigt haben, sich in die Länge zu ziehen. Im Uebrigen ist stets wesentlich Gewicht auf eine roborirende Behandlung mit Eisen und Chinin gelegt worden.

Bei Iriten sind Atropin, Vesicatoren und Blutigel an den Schläfen sowie Jodkalium angewandt worden.

Seit W. Boecks Zeiten ist die Quecksilberbehandlung selten auf der Universitätsklinik angewandt worden.

Es wäre daher sehr am Platze, die Resultate der Behandlung daselbst mit den Resultaten der Mercurialbehandlung an anderen Orten zu vergleichen.

Die Schwierigkeiten, die sich darbieten, wo es gilt, einen bestimmten Schluss aus einem solchen Vergleich zu ziehen, erscheinen mir indessen so ungeheuer gross, dass ich mich nicht daran wagen will.

Dennoch glaube ich aussprechen zu können, dass die meisten Syphilidologen sich schwerlich die Möglichkeit denken werden, so gute Resultate zu erzielen mit einer Behandlung, die man zunächst als expectativ bezeichnen muss.

Allgemeine Bemerkungen.

Ohne dass von Seiten der Oeffentlichkeit besondere Veranstaltungen getroffen worden, sieht man in den letzten 4 Jahren eine bedeutende Abnahme der im Hospital behandelten Fälle von extragenital Inficirten.

Die Gesammtzahl der Behandelten hat dagegen in demselben Zeitraum bedeutend zugenommen, so dass die Abnahme in der Anzahl der extragenitalen Infectionen in gar keinem Verhältniss zum Vorkommen der Syphilis überhaupt zu stehen scheint. Das starke Steigen in der Anzahl der genital Inficirten zu erklären fällt nicht schwer, indem dies mit der Aufhebung der Controle der Prostitution in Christiania im Jahre 1888 zusammenfiel, seit welcher Zeit die Controle nur auf Angabe der Ansteckungen basirt gewesen.

Die Ursache der gleichzeitigen bedeutenden Abnahme der Anzahl von extragenital Inficirten erscheint dagegen räthselhaft und muss vielleicht in einer, in der letzteren Zeit unter dem Volke mehr verbreiteten Kenntniss ansteckender Krankheiten überhaupt gesucht werden.

Besonders glaube ich, dass die Furcht vor Ansteckung, welche in der letzteren Zeit auch unter der unteren Bevölke-

rung der Tuberculose gegenüber hervorgebracht worden, zu grösserer Reinlichkeit und Vorsicht im Hauswesen beigetragen hat, so dass man in Betreff der Syphilis insons eine auffallende Wirkung der Ansteckungsfurcht spüren kann.

Da es sich besonders oft gezeigt hat, dass die erste Ansteckungsquelle zu den erwähnten Haus- und Familieepidemien ein ausgesetztes hereditär syphilitisches Kind gewesen, so liegt hierin eine Aufforderung zu strenger ärztlicher Controle solcher, meistens ausserehelich geborenen, Kinder. Selbst Kinder, die im Hospital behandelt und als geheilt entlassen wurden, haben zuweilen, nachdem sie hinausgekommen sind, die Krankheit weitergebracht.

Selbst solche, aus dem Hospital als geheilt entlassene Kinder müssen daher regelmässiger ärztlicher Untersuchung unterworfen werden, gleichwie die Umgebung ernstlich auf die Gefahr der Ansteckung aufmerksam gemacht werden muss.

Bemerkungen zur Behandlung der Nasenhöhlensyphilis.

Von

Dr. **Schuster** in Aachen.

Eine Reihe von Fällen ernster syphilitischer Erkrankungen der Nasenhöhlen, die mir in der letzten Zeit wieder in vermehrter Weise zur Behandlung zugegangen sind, haben mir den Beweis geliefert, dass sowohl in Bezug auf Diagnose dieser Affectionen eine sichere Untersuchungsweise noch lange nicht Gemeingut der Aerzte geworden ist, als auch zum Theil wohl in Folge dessen die Behandlung eine sehr wenig genügende ist. Zu diesem Schlusse wird man gezwungen, wenn man z. B. bei einem Kranken, der soeben wegen seines Nasenleidens eine sechswöchentliche Inunctionscur mit dem angeblichen Resultat „geheilt" beendet hat, nicht allein die des Septums und der unteren Muscheln beraubten Nasenhöhle voller klebrig schmieriger Borken sieht, sondern auch nach deren Entfernung granulirende blutende Schleimhaut- und cariöse Knochenflächen vorfindet; oder wenn man z. B. Fälle sieht, die mehrere Jahre örtlich und allgemein specifisch behandelt wurden, und es zeigen sich dann, wie in einem Falle aus dem Lande Mackenzies und Hutchinsons neben wallnussgrosser Perforation des Palatum durum, Verwachsung des Velum mit der hintern Pharynxwand, Caries necrotica in verschiedenster Richtung und Ausdehnung der Nasenhöhlenwandungen nebst fauligem, foetidem Geruche der sich immer wieder anhäufenden, festanklebenden, oft verhärteten

Sekretmassen; oder wenn ein vor 3 Jahren syphilitisch inficirter Kranke, der über Verstopfung der Nase, Taubheit des rechten Ohres klagt und nun erwähnt, dass in den letzten 6 Wochen alle zwei Tage mittels Ohrcatheters die Luftdusche neben Mercurpillenbehandlung mit dem Bemerken angewandt worden sei, die Nasenknochen seien etwas miterkrankt — und die durch den geschwellten Introitus narium eingehende Sonde stösst nun auf ein Trümmerfeld von entblössten Knochenflächen und Splittern.

Solcher Fälle wären noch ähnliche anzuführen.

In Bezug auf Behandlung wird nun der Standpunkt noch vertreten selbst von solchen, die sich speciell mit Syphilistherapie beschäftigen, aber auch von Rhinologen, dass die örtliche Behandlung nebensächlich, wenn nicht überflüssig sei, dass die Allgemeinbehandlung, indem sie die Grundursache des Leidens zu heilen trachte, gleichzeitig Heilung der örtlichen Krankheitsäusserungen bedinge, dass demnach gerade das Verhalten der letzteren ein Leitmesser sei für die Dauer der Behandlung.

Es ist allerdings selbstverständlich, dass wir nach dem heutigen Stande unserer Erfahrungen bei jeder Aeusserung der Syphilis und so auch der in der Nase eine specifische Allgemeinbehandlung durchzuführen suchen. Die Anschauung, dass Mercuranwendung die Nekrose der Nasenknochen befördere oder gar bedinge, hat gerade so wenig und so viel Werth, wie die, dass eine solche die Ursache der Tabes sei sie macht sich nur dann bemerkbar, wenn man wegen mangelnder genauer Diagnose der Behandlung eben nicht gewachsen ist; darum soll aber nicht unberücksichtigt bleiben, dass, wie dies überhaupt bei der Syphilis vorkommt, eine Mercurbehandlung insbesondere nach wiederholter Mercuranwendung oft bei geschwächter Constitution durchaus nicht immer günstig wirken muss, selbst bei gleichzeitiger guter örtlicher Behandlung. — Dagegen kann ich Fälle aufweisen, wo eine oder wiederholte mercurielle energische Allgemeinbehandlung ohne örtliche Behandlung die Nasenhöhlenerkrankung in grossem Umfange fortbestehen liess, während beide vereint meist den specifischen Process in der Nase zu günstigem Abschluss brachten; auch erlaube ich mir hier hervorzuheben, dass da,

wo Mercur nicht mehr vertragen wurde, kräftigste Jodkalicuren bis zu Tagesdosen von 25 und mehr Gramm im Verein mit sorgfältigster örtlicher Behandlung geradezu Wunder der Heilung innerhalb weniger Wochen erzielten, cariöse Knochenflächen zur Vernarbung, blutende, granulirende Flächen zum Schwinden brachten und hiermit jede stinkende, klebrige Absonderung beseitigten.

Ich meinerseits glaube also, dass da, wo wir eine örtliche Krankheitsäusserung, die zudem mit Rücksicht auf ihre Nachbarschaft, wie die syphilitischen Nasenhöhlenaffectionen, zu bleibender Verunstaltung des Naseninnern, aber auch des Nasenäussern, von anderen Gefahren abgesehen, führen kann, wo wir, sage ich, solche Krankheitsäusserung örtlich günstig beeinflussen können, wir es eben auch thun müssen.

Zu dem Zwecke bedürfen wir aber zunächst einer genauen Erforschung des Sitzes und der Ausdehnung der Nasenaffection. Die Rhinoskopia anterior gibt meist allein keine genügende Auskunft. Man übersieht nur dann grössere Tiefen, wenn schon bedeutende Defecte eingetreten sind; den vordern Theil des unteren Nasenganges kann man zudem vermöge seiner Abwärtsbiegung meist gar nicht sehen. Die Rhinoskopia posterior, die insbesondere für die Erforschung der Nasopharynxhöhle ausschlaggebend ist und in keinem Falle unbenützt bleiben darf, ist bei Anwendung von Cocainbepinselung und Athmenlassen durch die Nase bei geöffnetem Munde leicht ausführbar. Dennoch bleibt die Nasensonde das wichtigste Untersuchungsinstrument. Bereits 1878 habe ich als wohl der Erste deren hohe Bedeutung für die Erforschung der Nasenaffectionen ausführlich betont. Trotzdem musste noch in diesem Jahre Dr. L. Grünwald die Nasensonde gewissermassen neu entdecken; in seinem gediegenen Werke über Eiterungen der Nasennebenhöhlen musste er gerade seinen Fachrhinologen gegenüber den Vorwurf erheben, dass sie die Nasensonde nicht gebraucht hätten in von ihnen jahrelang vergebens behandelten Fällen, wo er in leichter Weise mittels derselben Caries als Ursache der vorher vergebens behandelten Eiterungen und damit den Heilungsweg gefunden habe. „Ohne Nasensonde lässt sich keine nega-

tive Diagnose der Naseneiterung stellen.“ Dieser Ausspruch Grünwald's gilt auch für die syphilitischen Naseneiterungen.

Ich benutze seit Jahren an beiden Enden verschieden stark geknöpfte, ca. 22—25 Ctm. lange Nasensonden; dieselben, deren ich immer mehr als ein Dutzend bereit liegen habe, dienen mir auch zur Bildung von Wischern behufs Reinigen der Nase. Um das Knopfende drehe ich zu dem Zwecke Wundwatte in geringerer oder grösserer Dicke je nach den zu untersuchenden Gängen. Will man das Naseninnere untersuchen, so muss es zunächst gut gesäubert sein. Haben sich Borken angesammelt, kleben Eitermassen den Wandungen an, so genügt die Irrigation von warmem Wasser nach meinen Erfahrungen, auch wenn man 2 und 3 Liter Bor- oder Lysolwassers durchlaufen lässt, durchaus nicht; es müssen die zu Wischern umgeformten Sonden noch eingeführt werden unter Leitung des Nasenspiegels; man wird sich dann wundern, welche Schleimeitermassen man insbesondere aus dem untern Nasengange, ihrem Sammelraume, herauskehrt; auch sind eine Menge Wischer zur Stillung der Blutung erforderlich, die aus den von ihren klebrigen Bedeckungen entblössten oft wunden Flächen erfolgt. Mittels dieser Watteputzer entdeckt man dann oft schon, indem sie vorsichtig kehrend über die Gänge und Flächen fahren, kranke entblösste Knochen, indem die Watte sich an deren freien Kanten fängt; manchmal werden diese mit den Wischern herausbefördert. Jetzt erst lässt sich das erkrankte Feld rhinoskopisch übersehen, man merkt an dem aus den Spalten sich drängenden Schleim, wohin die Knopfsonde zur Untersuchung sich zu wenden, aus dem Bluten umschriebener Granulationen, dass man hier nach krankem Knochen zu forschen hat, indem man mit der Sonde in die weichen Granulationsflächen eindringt. Das und ähnliches müsste heute als selbstverständlich nicht mehr hervorgehoben zu werden brauchen. Aber das selbstverständliche wird eben noch zu oft in den Heilbestrebungen vergessen. Den unteren Nasengang, namentlich in seinem vordern Theile, kann man rhinoskopisch nicht sehen. Um ihn zu erforschen, muss die Sonde gebogen eingeführt werden. Es erregt immer meine Verwunderung, wie sehr man das Knopfende biegen muss, wenn man sich über den erkrankten vordern Theil des untern Nasenganges Aus-

kunft verschaffen will. Die Sonde erkennt aber auch, von den Choanen auf dem Boden nach vorne gleitend, genau etwa vorhandene wunde, dann sich etwas vertiefende, schmerzende oder bereits vernarbte Stellen. Es ist wichtig, freiligend gefundene Knochenflächen genau in Bezug auf Begrenzung abzutasten, sich etwa freiligend anzufühlende Knochenränder genau zu lokalisiren behufs späterer etwaiger chirurgischer Entfernung.

Man taste auch, namentlich wenn man auf dem Nasenboden entblössten Knochen findet, mit dem Finger den harten Gaumen in Bezug auf seine Empfindlichkeit vom Munde aus ab. Ist letztere in solchem Falle vorhanden, so ist man nicht weit mehr von einer Perforation des Gaumendaches. Ueber die Fingeruntersuchung verweise ich auch auf meine bereits erwähnte Arbeit Jahrg. 1878 des Archivs für Dermatologie und Syphilis. Ich erlaube mir an dieser Stelle zu erwähnen, dass ich in einem Falle, wo das os palati an der Grenze der linken Choane beweglich herabhing, dasselbe mit dem hinter das Velum geführten Zeigefinger in die von vorn eingeführte Kornzange hineindrängte, womit dann dessen bis dahin schwierige Entfernung leicht bewerkstelligt wurde. Was nun die genauere örtliche Behandlung betrifft, so müssen da, wo sich Schleimhäute und Knochenulcera vorfinden, das wird wohl jeder zugeben, die heute geltenden Grundsätze der Wundbehandlung so weit wie möglich durchgeführt werden. Der Standpunkt, die Zerfallsprocesse des Naseninnern bloss der allgemeinen specifischen Behandlung zu überlassen, heisst die Lister'sche Errungenschaft geradezu verhöhnen. Zur Durchführung dieser Grundsätze gehört zunächst die bereits beschriebene Ausreinigung des erkrankten Gebietes. Erst jetzt kann demnach davon die Rede sein, die Wundflächen mit desinficirenden Substanzen in flüssiger oder Pulverform zu bedecken. Wer nach vorgenommener Irrigation Jodoform- oder Aristolpulver in die Nasenhöhle bläst, wird oft noch Borkenmassen statt der von ihnen entblössten Flächen treffen und demnach nicht den raschen Erfolg der Besserung sehen, den man nach vollendeter Ausputzung mittelst der Tschech'schen Jodglycerinbepinselung resp. von Aristol- oder Europhenpulvereinblasung

hat. Man sieht so das nicht selten bestehende hohe abendliche Fieber wie mit einem Zauberschlage schwinden. Das gilt auch für das Fieber, welches die oft ausgedehnten Geschwüre der oberen Pharynxwand begleitet, die entsprechend gesäubert und behandelt werden müssen.

Findet man bereits entblösste Knochenflächen, die dem knöchernen Septum und dem Nasenboden besonders gerne angehören, so ist damit durchaus nicht immer deren Abstossung oder Entfernung zur Heilung erforderlich. Diese früher von mir gehegte Meinung habe ich wiederholt als irrthümlich erkannt. Solche Flächen heilen oft unter täglich fortgesetzter Reinhaltung und allgemeiner Behandlung. Ich benütze gerne eine Jodglycerinlösung, mittels deren diese Flächen täglich oder einigemale in der Woche bestrichen werden; nekrotische festhaftende Knochentheile, die ich oft über den andern Tag mit Jodtinctur bestreiche, gewissermassen zu tränken suche, scheinen sich unter dem Jodeinfluss rasch zu begrenzen und können dann leicht losgelöst werden. Behufs Loslösung der nekrotischen Theile des Nasenbodens habe ich mir ein dem Schielhäkchen ähnliches, nicht biegsames festes Häkchen machen lassen. Dasselbe lässt sich leicht an einen freien Knochenrand ansetzen; durch Zug findet man dann bald, ob das Knochenstück beweglich ist; ohne besondere Blutung zu erzeugen, hebelt man oft in leichtester Weise den horizontalen Sequester heraus, ohne wegen des abgerundeten Hakenendes befürchten zu müssen, die Gaumenschleimhaut zu perforiren. Letzteres kann bei Benutzung eines scharfen Häkchens schon eher geschehen; auch die kleinste Perforation in den Mund wird zu grosser Belästigung des Kranken. Die Entfernung grösserer oder tiefsitzender Sequester muss oft unter Narkose geschehen und geben da die in dem Grünwald'schen Buche angeführten Verfahren gute Unterweisung. Hier beginnt schon das Gebiet der gröberen oder vielmehr der grösseren Chirurgie. Ich verweise auch auf meine 1878 citirte Arbeit.

Ich bin demnach der Ansicht, wenn bei Zeiten die Specifität des Nasenleidens erkannt und mittelst genannter Untersuchungen, d. h. theils der Rhinoskopia auterior und posterior einerseits, der Abtastung der Nasengänge mittelst freier, sowie

mit dünner Wattelagen umwickelter Knopfsonden andererseits — letztere lassen leichter umschriebene, wunde, blutende Stellen erkennen — Eiterungsprocesse ausgeschlossen werden können, dass dann eine der Constitution angepasste specifische Behandlung die Nasenhöhlen vor Geschwürsbildung resp. Nekrose schützen kann, dass ferner da, wo solche bereits sich eingestellt hat, sie durch die gleichzeitig vorzunehmende reinigende, örtliche Behandlung begrenzt gehalten und mit Sicherheit zur Heilung gebracht werden kann; dass umgekehrt da, wo in solchen Fällen die örtliche Behandlung unterbleibt oder mangelhaft durchgeführt oder gar dem Patienten überlassen wird, Missstaltungen des Naseninnern und nicht selten des Nasenäussern, aber auch der Mund- und Rachenhöhle mit ihren Annexen sich gerne ausbilden werden.

Aus der med. Klinik des Prof. Erb in Heidelberg.

Ueber den bakteriologischen Befund und die anatomischen Veränderungen bei der Urethritis gonorrhoica des Mannes.

Von

Dr. M. Dinkler,
I. Assistent und Privatdocent.

(Hierzu Taf. XI.)

In den letzten fünf Jahren haben sich in der Lehre von den gonorrhoischen Erkrankungen neue und wichtige Anschauungen Bahn gebrochen. Während es nach der grundlegenden Monographie von Bumm[1]) (1885) den Anschein hatte, als seien Plattenepithel sowie Bindegewebe vor einer Invasion von Gonococcen durch ihren Bau und ihre specifischen Lebensvorgänge geschützt, war wenige Jahre später von mir an der Cornea und Iris[2]) (1888), von Pick[3]) und Touton[4]) (1889), Jadassohn[5]) (1890) und Anderen an Drüsen des männlichen und weiblichen Urogenitalapparates constatirt worden, dass diese Art Immunität entweder in einzelnen Fällen verloren geht, oder überhaupt nicht besteht.

Gegen die Beweiskraft dieser Beobachtungen sind von mehreren Seiten deshalb Zweifel erhoben worden, weil zum Nachweis eines Mikroorganismus im Gewebe ausser dem mikroskopischen Befund auch die Reinzüchtung und erfolgreiche Ueberimpfung gehören. Wiewohl die Berechtigung dieser Forderung vom streng wissenschaftlichen Standpunkte nicht bestritten werden kann, so unterliegt es doch keinem Zweifel,

dass gerade die Gonococcen in ihrer Gestalt, ihrem Vorkommen, ihrer Lagerung in den Zellen und ihrem Färbeverhalten charakteristische Kennzeichen genug darbieten, um auch ohne Culturversuche mit Sicherheit richtig erkannt und nachgewiesen zu werden.

Erst Wertheim[6]) hat in seiner inhaltreichen und sorgfältigen Arbeit über „Die ascendirende Gonorrhoe beim Weibe“ diese Streitfrage gelöst und durch Culturversuche und Inoculation der Gonococcen auf die menschliche Harnröhre den Nachweis erbracht, dass die Neisser'schen Mikroben, sowohl eiterige Peritonitis wie auch erysipelartige Entzündungen des Unterhautzellgewebes in ähnlicher Weise wie die gewöhnlichen Eitercoccen zu erzeugen vermögen. Die Annahme von Mischinfectionen, welche früher häufig für die Entstehung der verschiedenen Complicationen der Gonorrhoe verantwortlich gemacht wurden, ist damit als unbegründet und falsch widerlegt und es kann nach den Wertheim'schen Untersuchungen als erwiesen gelten, dass die localen Entzündungen, wie die paraurethralen Abscesse, die Prostatitis, die Lymphangoitis dorsalis etc. durch ein continuirliches Fortschreiten des gonorrhoischen Processes, die metastatischen Erkrankungen der Gelenke, des Gefässsystems und anderer Organe durch Verschleppung der Gonococcen auf dem Wege der Blutbahn zu Stande kommen. Angesichts der ausgesprochenen Entzündungserscheinungen, welche in dem von Gonococcen durchsetzten Bindegewebe auftreten, ist ein gelegentliches Eindringen der Mikroorganismen in die Blutgefässe umso leichter verständlich, als die Gefässwandungen selbst eine hochgradige Alteration erfahren. Zur Erklärung der Seltenheit metastatischer Complicationen fehlen uns noch sichere Anhaltspunkte, doch lässt sich mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen, dass die beiden für alle Infectionskrankheiten so bedeutungsvollen Factoren: der Wechsel in der Virulenz der Mikroorganismen und in der Empfänglichkeit des Individuums auch hier eine wichtige Rolle spielen.

Ein vor Kurzem in der Erb'schen Klinik beobachteter Fall von gonorrhoischer Urethritis, welcher in Folge einer tuberculösen Meningitis tödtlich verlief, hat so schwere Verän-

derungen bei der mikroskopischen Untersuchung erkennen lassen, dass mir seine ausführliche Mittheilung von anatomischen und klinischen Gesichtspunkten aus berechtigt erscheint, zumal sich keine ähnlichen Beobachtungen, ausser der später zu besprechenden Bockhart'schen,[7]) in der neueren Literatur mitgetheilt finden.

I. Krankengeschichte.

A. S., 24jähr. lediger Tüncher aus Gross-Ingstingen, wurde am 13. November 1892 in die medicin. Klinik aufgenommen.

Anamnese: Familiengeschichte nicht zu erheben; Pat. stürzte beim Militär und wurde infolge dessen entlassen; vor 4 Wochen Sturz von einer Leiter; nach Angabe der Hausleute ist Pat. in der letzten Zeit immer wie benommen gewesen. Am 7. November Schüttelfrost, Steifheit im Kreuz und Nacken; seitdem abendliche Temperatursteigerung bis 38 und 39°, keine Pulsbeschleunigung; ziemlich reichliche Durchfälle, Druckempfindlichkeit in der Cöcalgegend. (Poliklin. Beobachtung.)

Status praesens: Ziemlich kräftig gebauter Mann mit entwickelter Musculatur und mässigem Fettpolster; Gesichtsfarbe ist blass; die Augen, meist geschlossen, blicken ziemlich starr, Pupillen gleich weit, reagiren träge auf Lichteinfall.

Pat. ist comatös; bei Druck auf die Waden- und Oberschenkelmusculatur oder auf die Nackenmuskeln stöhnt er unter schmerzhaftem Verziehen des Gesichtes; Abdomen eingezogen; leichte Cutis anserina.

Thorax normal gebaut, Athmung etwas oberflächlich und langsam; Lungen frei; Herz anscheinend gesund; kein Lebertumor, Milz nicht palpabel; Ileocöcalgegend druckempfindlich; aus der Harnröhre lässt sich weisslich-gelber Eiter ausdrücken, in dem sich grosse Mengen von Gonococcen in charakteristischer Form und intracellulärer Lagerung finden. — Die Zunge ist vollkommen trocken, mit braunen Krusten bedeckt; die rechte Tonsille ist etwas angeschwollen, das Gaumensegel leicht geröthet. Der Kopf wird etwas dorsalflectirt steif gehalten, lässt sich nur wenig und unter Schmerzen drehen; Wirbelsäule desgleichen steif und fixirt; am rechten Unterkieferwinkel ist eine ca. taubeneigrosse derbe Drüse zu fühlen; links mehrere verdickte Cervicaldrüssen. — Sehnenreflexe sehr lebhaft, desgleichen Plantarreflexe; Cremaster- und Bauchreflex beiderseits deutlich, jedoch schwach auszulösen; starke Muskelspannungen in den Armen und Beinen; die Hände sind fast ununterbrochen in unruhiger Bewegung; vasomotorische Störungen; ophthalmoskopisch beiderseits ausgesprochene Papillitis, keine Miliartuberkel. Temperatur über 39°. — Abends Pat. schluckt schlecht, lässt den Urin in's Bett. 14. November

im Urin Spuren Albumin; Zustand unverändert. Klin. Vorstellung. Diagnose: Gonorrhoe; Meningitis cerebrospinalis acuta, gonorrhoica? tuberculosa? endemica? nach Gehirnabscess? Tumor? 15. und 16. Nov. keine wesentliche Aenderung, Retentio urinae, ab und zu Andeutung von Cheyne-Stokes'scher Athmung, Puls schwächer, Trachealrasseln anhaltend; am 16. Nov. Temperaturabfall bis 37·3°. Pat. reagirt wieder, beantwortet Fragen, Gonorrhoe besteht fort; 17. Nov. erneutes Fieber, Abnahme der Kräfte, Ex. letalis. — Vor der Section wird bei Besprechung des Falles hervorgehoben, dass es sich jedenfalls — mit Rücksicht auf die Verlaufsschwankungen in den letzten Tagen und die noch etwas zunehmenden Drüsenschwellungen — um eine tuberculöse Meningitis handelt.

II. Pathologisch-anatomischer Befund.

Die Section ergab folgende Veränderungen: Meningitis cerebrospinalis tuberculosa, tuberculöse Herde in der rechten Kleinhirnhemisphäre, tuberculöse Infiltration des Plexus choroides, verkäste Lymphdrüsen am Hals und am Brustbein, an den Bronchien und dem Hilus von Milz und Leber, Tuberculose beider Lungen, linksseitige Bronchopneumonie.

Der Penis wurde ca. 7 Stunden nach dem Tode amputirt und im Alkohol in einzelnen Stücken von 1—1½ Cm. Länge gehärtet.

1. Vordere Hälfte der Glans penis.

In der Lichtung des Harnröhrencanales liegen zahlreiche Haufen von Epithel- und Eiterzellen verstreut; besonders dicht sind sie in dem Bereiche der hinteren Commissur angeordnet. Während die Eiterzellen mit ihren mehrfach gelappten und getheilten Kernen den bekannten Typus der für die eiterige Entzündung charakteristischen Zellformen zeigen, fallen die Epithelien sowohl wegen der regressiven Metamorphosen von Kern und Protoplasma: hyaliner Degeneration, Vacuolenbildung, Kernzerfall u. s. w. wie auch besonders wegen ihrer Vielgestaltigkeit auf; neben abgeplatteten, vieleckigen Zellen trifft man cubische oder rundliche, bald auch ausgesprochen cylindrische Formen; die einzelnen Zellen werden durch eine feinfädige und körnige Kittsubstanz, welche anscheinend aus zerfallenen Kernen und geronnenem Exsudat besteht, zusammengehalten. Das Epithel der Urethra selbst lässt verschiedene Grade der entzündlichen Veränderungen erkennen; auf kleine Strecken hin ist die Dicke des Epithellagers wohl annähernd normal, hingegen erscheint das Zellengefüge alterirt und gelockert. Zwischen den einzelnen Epithelzellen sind in den oberflächlichen Schichten ebenso, wie in den tiefen zahlreiche Eiterzellen eingelagert, resp. eingekeilt. Besonders regelmässig liegen diese Eindringlinge an den Punkten, wo mehrere interepitheliale Saftspalten zusammenfliessen, und zwar haben sie dann entsprechend dem Verlaufe dieser Intercellularräume eine ganz sonderbare Gestalt. Von den Epithelien zeigen die tiefer gelegenen cubischen, sowie die Cylinderzellen der Pallisadenschicht darin eine bemerkenswerthe Veränderung, dass

ihre riff- oder stachelartigen Fortsätze auf ein Minimum reducirt, ja vielfach gänzlich geschwunden sind. Da die interepithelialen Saftspalten schon an und für sich erweitert sind, so tritt der Mangel dieser für die Festigkeit der Zellenverbindung so wichtigen Zähnelung umso mehr hervor. Eine Entscheidung darüber, ob die Quellung des Zellenleibes oder die Verflüssigung der Kittsubstanz für das Verschwinden der zahnartigen Erhebungen an der Oberfläche der Epithelzellen verantwortlich zu machen ist, lässt sich durch die mikroskopische Untersuchung allein nicht gewinnen. Unmittelbar an diese etwas gequollen erscheinenden Epithelgebiete schliessen sich erheblich verdickte Strecken an; die Dickenzunahme ist zum Theil eine Auflagerung von mehreren Schichten cubischer und abgeplatteter Zellen, zum Theil auch durch ein stärkeres Auseinanderweichen der einzelnen Zellenlagen unter gleichzeitiger Bildung ausgesprochener Hohlräume bedingt. Die Kerne der Epithelien befinden sich innerhalb dieser Zonen häufig, wie aus der knäuelartigen Anordnung und der Vermehrung der chromatischen Substanz hervorgeht, in dem Zustande der Theilung, ohne dass sich bestimmte mitotische Figuren nachweisen lassen. Dies zunächst etwas befremdende Fehlen ausgesprochener Mitosen ist möglicherweise zum Theil auf die verspätete Fixirung der Präparate (7 St. post mortem!) zurückzuführen; dieser Zeitraum zwischen dem Erlöschen der vitalen Processe und der Härtung ist erfahrungsgemäss zu lang, als dass sich die feineren Structurverhältnisse unverändert erhalten können. — In die kleinen Hohlräume, welche dadurch entstehen, dass die unter sich innig verbundenen oberflächlichen Zellenlagen von den tiefer gelegenen unter dem Drucke gesteigerter Exsudation abgehoben werden, ist hie und da eine so reichliche Einwanderung von Eiterzellen erfolgt, dass es zur Bildung miliarer Abscesse kommt. An anderen Stellen haben die exsudativen Vorgänge im Verein mit der Lockerung der Zellenverbindung zu einer so erheblichen Abstossung von Epithel geführt, dass mehrfach nur noch die basalen Zellenschichten vorhanden sind (*a*). Vereinzelt finden sich auch völlig epithellose Partien, in deren Bereich die eiterig infiltrirte Submucosa die Harnröhrenlichtung begrenzt. — Bis zur Nekrose gehende Veränderungen des Epithels sind nur in der Gegend der hinteren Commissur vorhanden; die Mortification erstreckt sich hier auf die ganze Dicke des Epithellagers und ist wahrscheinlich schon vor längerer Zeit erfolgt, da die abgestorbenen Zellen zu glasig-homogenen Schollen aufgequollen und zu grösseren einheitlichen Klumpen verschmolzen sind (*b*). — Das Bindegewebe zeigt sich je nach den Veränderungen der Epitheldecke in verschiedenem Grade afficirt. An den Stellen, wo die Epithelschicht sich annähernd erhalten findet, ist die fibrilläre Structur noch deutlich erkennbar, wenn schon der entzündliche Zustand sich durch Auflockerung und Quellung der einzelnen Fibrillenbündel, durch Erweiterung der kleinen Lymphspalten und durch Infiltration mit Rundzellen kenntlich macht. Hin und wieder ist jedoch die Ansammlung von Rundzellen so beträchtlich, dass das ursprüngliche Gewebe gänzlich in der kleinzelligen Infiltration untertaucht. Die Blutgefässe sind beträchtlich erweitert, ihre

Wandungen durch Rundzelleneinlagerungen verdickt; innerhalb des Gefässlumens sind häufig die zwischen den rothen Blutzellen liegenden Leukocyten vermehrt. Erheblicher sind alle diese Veränderungen des Bindegewebes da ausgesprochen, wo das Epithel vollständig abgestossen oder mortificirt ist; zum Theil in Zerfall begriffene Eiterzellen, Detritusmassen verschiedenster Provenienz, vereinzelte degenerirte Bindegewebskörper bilden mit der aus Fibrinfäden und Fibrillenresten zusammengesetzten Intervellularsubstanz ein wabenartiges, mit Hohlräumen erfülltes Gewebe, welches an jedem seiner elementaren Bestandtheile die Wirkung der eiterigen Einschmelzung erkennen lässt (*c*). Fibrinöses Exsudat (*d*) ist nur in der Nähe der hinteren Commissur in grösserer Menge vorhanden und erstreckt sich von dem nekrotischen Epithel keilförmig in die Tiefe der Submucosa. Die Blutgefässe zeigen in den eiterigen Infiltraten eine stärkere Einlagerung von Rund- und Eiterzellen und hie und da erhebliche Ernährungsstörungen der Wandung, die mit Thrombenbildung (*f*) abschliessen; die Zellelemente der Capillaren sind abgestorben, die Kerne nicht mehr färbbar, und nur hie und da weist eine schwache Streifung noch auf den ursprünglichen Contour der Zellen hin; das Gefässlumen wird durch eine homogene, fast structurlose Masse ausgefüllt, die in ihrem Färbeverhalten den fibrinösen Ausschwitzungen etwas ähnelt. Nach der Tiefe zu dringen die entzündlichen Veränderungen bis an die Scheide der Submucosa gegen das Corp. cavern. vor; der Schwellkörper selbst ist in keiner Weise mitafficirt. Die kleinen Nervenstämmchen des submucösen Bindegewebes sind kleinzellig infiltrirt. (Vergl. Fig. 1.)

2. Hintere Hälfte der Glans penis.

Zahlreiche Eiter- und Epithelzellen liegen, ähnlich wie in dem vorderen Abschnitt der Glans, unregelmässig im Lumen der Urethra vertheilt; eine feinkörnige und streifige Masse hält die Zellenconglomerate gleichsam als Intercellularsubstanz zusammen. Auffallend an diesem Gemisch von zelligen Elementen und geronnenem Exsudat ist die Menge von Zerfallsproducten; Kernschollen von jedem Caliber sind in Massen vorhanden. Die Epitheldecke ist nur in der Gegend der vorderen Commissur annähernd erhalten; in dem ganzen übrigen Bereiche ist sie entweder gänzlich oder bis auf 1 oder 2 Zellenlagen desquamirt. Die erhalten gebliebenen Zellen sind cubisch oder plattenförmig gestaltet; von ihnen zeigen die basal gelegenen letzteren eine auffallende Stellung zur Oberfläche des Bindegewebes; anstatt vertical auf den Papillen der Submucosa zu stehen, liegen sie ihr tangential oder parallel an (Fig. 2*a*), ein Verhalten, welches besonders deutlich an den Zellen, welche mit einem längeren Protoplasmafortsatz in das Bindegewebe eindringen, zu Tage tritt. Von einem entwickelten epithelialen Papillarkörper, d. h. regelmässigen Einsenkungen des Epithels in die Submucosa in Form zapfenartiger Gebilde sind kaum noch Andeutungen vorhanden. Selbstverständlich verläuft auch das Bindegewebe als Negativ des Epithels ziemlich gerade, selbst an den Stellen, wo es nackt in die Harnröhre hineinragt. Die fibrilläre Structur des Gewebes ist nur im Bereiche der vorderen Commissur, analog dem Verhalten des

Epithels, noch einigermassen erhalten; in dem übrigen Gebiet (ca. $^2/_3$ des ganzen Querschnittes) sind die Fibrillenbündel und die fixen Bindegewebskörper dicht von Rundzellen umlagert und zum grössten Theile verdeckt. (Fig. 3*e*.)

Im Grossen und Ganzen tragen diese Infiltrate das Gepräge des adenoiden oder lymphatischen Gewebes, in dem ja bekanntlich die reticuläre Zwischensubstanz zwischen den dicht gelagerten Lymphzellen kaum zur Geltung kommt. Die eiterige Natur des entzündlichen Processes tritt an den gänzlich epithellosen Stellen in den Vordergrund; in wechselnder Menge finden sich hier Eiter- und Rundzellen, Kernschollen und Detritus, durch eine fibrilläre und exsudirte Intervellularsubstanz zu einem den Stempel des Zerfalles tragenden Gewebe vereinigt; als die Folgen der eiterigen Zerstörung sind die zahlreichen Hohlräume in derartigen Partien hervorzuheben. Das Verhalten der Blutgefässe ist verschieden und richtet sich nach den Veränderungen des Epithels und Bindegewebes. Während die Capillaren in den oberflächlichen und tiefen Schichten, welche nur kleinzellig infiltrirt sind, bei erweiterter Lichtung einfach gequollen und durch zellige Einlagerungen verdickt erscheinen, sind sie in den eiterig infiltrirten Gebieten grösstentheils durch opake oder feinkörnige Thromben verlegt; die Zellen der Gefässwände sind fast ausnahmslos necrotisch und mit der Thrombusmasse innig verschmolzen. Die Gerinnung und Verlegung des Gefässlumens erstreckt sich bisweilen durch die ganze Dicke der Submucosa hindurch. Hämorrhagien sind nirgends vorhanden. Dagegen ist die Erweiterung der regionären Blutgefässe sehr beträchtlich. Die Nervenstämmchen der Submucosa sind in ihrer bindegewebigen Scheide von Rundzellen durchsetzt. (Vergl. Fig. 2 u. 3.)

3. Schnitthöhe an der Grenze des Sulcus coronarius.

Die Lichtung der Harnröhre ist im Vergleich zu normalen Präparaten erheblich verengt, die Schwellung der Schleimhaut, resp. des submucösen Gewebes an einzelnen Stellen so erheblich, dass die beiden gegenüberliegenden Flächen mit einander verwachsen erscheinen. Die frei im Lumen liegenden zelligen Elemente und Exsudatmassen sind dementsprechend sehr gering. Von dem Epithel der Urethra sind nur auf der einen Seite einzelne Reste erhalten; dieselben bestehen hie und da aus 2—3 Schichten, meist ist nur eine einzige Lage cubisch-platter Zellen, welche der Submucosa ähnlich wie die Endothelien der serösen Häuten aufliegen, nachweisbar. Kernveränderungen, welche als Theilungsvorgänge gedeutet werden können, sind sehr selten; ebenso ist es auch die Bildung von Epithelzapfen. In keinem der untersuchten Präparate sind mehr als drei Epithelausläufer zu finden; die Form der zelligen Elemente ist in ihnen die gleiche, wie sie an der Epitheloberfläche oben beschrieben ist. Hervorzuheben ist noch, dass sich in der Nähe der Zapfenbildungen, wie auch in den eiterig infiltrirten Stellen der freiliegenden Submucosa häufiger Epithelzellen finden, welche völlig isolirt, jedes Zusammenhanges mit dem Papillarkörper entbehren, anscheinend aber ganz lebensfähig sind. Das submucöse Gewebe zeigt an den vom Epithel entblössten Theilen mehrfach

fibrinöse Auflagerungen, welche sich hie und da auch in die Tiefe erstrecken und in ihrem Netzwerk Eiterzellen und Detritus einschliessen. Die oberen Schichten des Bindegewebes sind durch Eiterzellen, Körnchenmassen und spärliche Reste von Fibrillen und Bindegewebskörpern ersetzt. Auch in der Tiefe überwiegt der eiterige Charakter der Entzündung, was die gleichmässige Infiltration mit Eiterzellen und die Anhäufung von allerlei Zerfallsproducten beweist. In ähnlicher Weise haben die entzündlichen Veränderungen auch in den noch mit Epithel überzogenen Theilen der Submucosa eine mehr eiterige Beschaffenheit angenommen; der an lymphoides Gewebe erinnernde Bau ist zwar nicht gänzlich verwischt, doch sind die Rundzellen vielfach von dicht aneinander liegenden Eiterzellen verdrängt. Die fibrilläre Structur der zwischen den einzelnen Infiltraten liegenden Septen ist durch die Anhänfung von Eiterzellen unkenntlich gemacht. Die Blutgefässe zeigen besonders im Bereiche der epithellosen Partien der Submucosa degenerative, bis zur Necrose der Zellen gehende Veränderungen; an die Mortification der Gefässwand schliessen sich vielfach Gerinnungsvorgänge an. Die Zahl der thrombotisch verstopften Gefässe ist eine ziemlich grosse; von den wegsam gebliebenen Capillaren sind die meisten erweitert und in ihrer Wandung verdickt. Die Nervenstämmchen sind kleinzellig infiltrirt. — An einer Anzahl von Schnitten ist es durch die beträchtliche Schwellung des Gewebes, sowie die Abstossung necrotischer und eiterig infiltrirter Bindegewebsfetzen zu einer brückenartigen Verbindung der beiden Harnröhrenflächen gekommen; es bestehen somit in einer gewissen Höhe zwei partiell mit Epithel ausgekleidete Canäle, die nach beiden Seiten, d. h. in der Richtung nach der Glans und der Blase zu, in die ungetheilte Harnröhre übergehen.

4. Entfernung der Schnitthöhe ca. 1½ Cm. vom Sulcus coronarius.

Neben Eiterzellen finden sich in der Harnröhrenlichtung hauptsächlich Cylinderepithelien; die abgeplatteten Zellen treten an Menge erheblich zurück. Die zwischen den Zellen liegenden Detritus- und Exsudatmassen sind ziemlich gleichmässig vertheilt und setzen sich häufig direct in das necrotische Bindegewebe der freiliegenden Submucosa fort. Das Epithel, welches zum mehrschichtigen Cylinderepithel gehört, ist zum grösseren Theil abgestossen. Die epithelfreie Strecke des Urethrallumens beträgt ca. $^2/_5$ des ganzen Umfanges. Nur innerhalb enger Grenzen besteht es aus mehreren Schichten cubischer und cylindrischer Zellen; der grössere Theil ist nur einschichtig und zeigt in Form und Richtung seiner Zellen auffallende Abweichungen. Die Zellen sind meist abgeplattet und so niedrig, dass sie den Endothelien der serösen Häute täuschend ähnlich sehen und sich beim ersten Blick nicht in genetische Beziehungen zu dem ursprünglichen Epithel bringen lassen. Die charakteristischen Eigenschaften, welche ihre epitheliale Abkunft jedoch sichern, liegen in der Kerngrösse und -Form, sowie in der Structur und Menge des Protoplasmas. Die Erkennung derartiger Epithelien wird nicht selten durch ihre isolirte Lagerung und die dichte Anordnung der Eiterzellen beträchtlich erschwert.

Von papillenähnlichen Einsenkungen in das Bindegewebe ist nur wenig nachzuweisen; an einzelnen Stellen dringen schmale, 1—2reihige Epithelzapfen, deren Ende meist keulenförmig anschwillt, in senkrechter oder schräger Richtung in die Submucosa ein. Obwohl sich charakteristische Kerntheilungsfiguren nur sehr selten nachweisen lassen, so deutet doch die Zunahme und unregelmässige Anordnung der chromatischen Substanz der Kerne vielfach auf eine bevorstehende Vermehrung hin. — Der Bau des Bindegewebes zeigt, je nachdem es noch mit Epithel bekleidet ist oder nicht, erhebliche Differenzen. Unter dem Epithel ist das Bindegewebe von zahllosen Rundzellen durchsetzt; die Vertheilung der kleinzelligen Infiltrate ist regelmässig so, dass die einzelnen Knötchen durch zellenärmeren Züge fibrillären Gewebes von einander getrennt werden. Dieser Wechsel von dichten Zellenhaufen und bindegewebigen Scheidewänden erinnert unwillkührlich an den Bau von Lymphdrüsen, in welchen die einzelnen Follikel von den Septen umgeben sind. Je dünner das Epithel wird und je näher die epithelfreie Zone rückt, um so häufiger wird das Vorkommen der Eiterzellen und um so ausgesprochener treten die destructiven Vorgänge an der Intercellularsubstanz wie auch an den Bindegewebskörpern hervor; die einzelnen Fibrillenbündel erscheinen gequollen und aufgebläht, zum Theil zerfallen; auch die Zahl der Chromatinkörner und Schollen nimmt erheblich zu. Mit dem völligen Verluste des Epithels wird der Charakter der entzündlichen Veränderungen in den oberflächlichen Lagen wieder ein rein eiteriger und erst in der Nähe der Grenze des Corp. cavernos. urethrae tritt die rundzellige Infiltration wieder in den Vordergrund. Vielfach trifft man kleine Inseln von necrotischem und eiterig infiltrirtem Bindegewebe, welche auf der einen Seite mit der Submucosa noch zusammenhängen, auf der andern mit dem in der Harnröhrenlichtung nachweisbaren zelligen und plastischen Exsudat ausgedehnt verklebt sind. Auch fibrinöse Auflagerungen werden hie und da angetroffen; sie erstrecken sich in Form eines vielfach verzweigten Balkennetzes in die Tiefe. Die Blutgefässe zeigen im Bereiche der epitheltragenden Strecken neben der kleinzelligen Infiltration ihrer Wandung und Anfüllung des Lumens mit Leukocyten nur selten schwerere destructive Processe: Necrose des Peri- und Endothels mit consecutiver Gerinnung des Gefässinhaltes. Häufig hingegen sind diese mit Thrombose einhergehenden necrotischen Veränderungen in dem epithelfreien, zum Theil von fibrinösen Massen durchsetzten Theile der Submucosa. Die Ernährungsstörungen scheinen in der Gefässwandung primär aufzutreten und erst secundär die Thrombenbildung zu veranlassen; es geht dies aus einzelnen Präparaten, in welchen die Zellelemente der Gefässwand nicht mehr färbbar sind, die Gerinnung aber nur im Bereich einer schmalen Randzone eingetreten ist, hervor. Die benachbarten Capillaren sind in der Regel sehr erweitert und haben bisweilen den doppelten und dreifachen Durchmesser der thrombotischen; Die weissen Blutkörper sind im Gefässlumen oft auffallend zahlreich, bisweilen nehmen sie allein den ganzen Querschnitt der Capillaren ein. Die Scheiden der Nervenstämmchen sind kleinzellig infiltrirt.

5. Schnitthöhe in einer Entfernung von ca. $3^1/_2$ Cm. von dem Sulcus coronarius.

Die unregelmässig Y-förmige Lichtung der Harnröhre ist von einer an Zellen und Detritus reichen Masse so vollständig ausgefüllt, dass nur kleine Stellen frei bleiben. Die betreffenden Zellen sind grösstentheils Epithelien; Eiterzellen liegen nur vereinzelt zwischen ihnen. Die Form der Epithelzellen ist zwar eine ausserordentlich mannigfaltige, — man trifft spindelförmige, cubische, rundliche, cylindrische in buntem Durcheinander, — doch überwiegen die cubisch-cylindrischen Gebilde. Nach der Kernform, der Structur des Protoplasmas, dem Färbeverhalten zu schliessen sind diese Zellen von schwereren destructiven Veränderungen frei geblieben; es gibt sich dies auch darin zu erkennen, dass sich in ihnen häufiger als in den vorderen Abschnitten der Harnröhre mitotische Vorgänge beobachten lassen; so kann man in der sogenannten „Tonnenfigur“ noch einzelne achromatische Fäden erkennen, obwohl die Chromatinschleifen zu kugeligen und wurstförmigen Gebilden zusammengeschrumpft sind.

In den Eiterzellen ebenso wie in den Detritusmassen liegt ziemlich häufig gelblich gefärbtes Blutpigment in kleinen Schollen eingeschlossen; freie rothe Blutkörper sind nicht nachweisbar. Die Harnröhrenlichtung ist wieder durch eine continuirliche Epithelschichte begrenzt, doch ist der grössere Theil des Epithellagers nur aus 1—2 Zellenschichten zusammengesetzt.

Die Oberfläche des Epithels ist in Folge der bald intensiveren bald geringeren Desquamation sehr unregelmässig und die Verbindung der Zellen unter einander so gelockert, dass die Mucosa wie zerklüftet und zerrissen erscheint. Die von einschichtigem Epithel überzogenen Strecken setzen sich aus cubischen und cylindrischen Stellen zusammen, welche durch ihre schräge Stellung zur Oberfläche der Submucosa und durch die Infiltration mit Eiterzellen an die früher beschriebenen Befunde erinnern.

Von dieser einschichtigen Epithelmembran gehen zahlreiche Epithelzapfen in die Tiefe der Submucosa ab; in den Kernen der Epithelzellen finden sich ab und zu modificirte Theilungsfiguren. Die von der Mucosa ausgehenden drüsigen Apparate, welche theilweise durch die Grenze des Corpus cavernosum hindurch in den Schwellkörper der Harnröhre selbst vordringen, sind in der Mehrzahl ganz unverändert; in einzelnen findet man jedoch auch ein eitriges Exsudat und abgestossene Epithelien. Es betrifft dies jedoch nur die in der Submucosa verzweigten Abschnitte; die Acini, welche im Schwellkörper liegen, sind stets unverändert.

Das Bindegewebe zeigt im Grossen und Ganzen wieder eine vorherrschend fibrilläre Structur, obwohl die rundzelligen Infiltrate an vielen Stellen noch durch ihre Intensität an den Bau des lymphatischen Gewebes erinnern. Am dichtesten liegen die Rundzellen unter dem Epithel und um die Epithelzapfen und die Blutgefässe herum; in den tiefen

Schichten nimmt die Zahl der eingelagerten Zellen immer mehr ab. An den Gefässen sind schwere Ernährungsstörungen mit nachfolgender Thrombusbildung sehr selten; nur an wenigen Stellen, welche schwerer befallen sind und eine beginnende eiterige Infiltration zeigen, sind die Capillaren durch Pfröpfe verlegt.

6. Schnitthöhe in einer Entfernung von ca. 6 Cm. von dem Sulcus coronarius.

Die Lichtung der Harnröhre ist erheblich weiter als bisher und entspricht einem ca. 3 Mm. langen, $^3/_4$ Mm. breiten längsovalen Spalt, von dessen einem Pol noch zwei divergirende Schenkel nach Art eines **Y** ausgehen. In dem Lumen liegen nur ganz vereinzelte Häufchen von Eiter- und Epithelzellen; die desquamativen und exsudativen Processe sind nur in den zahlreichen kleinen Falten der Schleimhaut etwas intensiver. Das Epithel selbst ist in toto erhalten und zeigt nur an einzelnen Stellen eine Abstossung der obersten Zellenlagen. Von seinem Bau ist zunächst hervorzuheben, dass es aus einem mehrschichtigen Cylinderepithel zu einem mehrschichtigen Plattenepithel geworden ist; diese transitorische Metaplasie ist überall nachweisbar, wo die Epitheldicke annähernd erhalten geblieben ist. Die sich anschliessenden tieferen Zellenlagen bestehen aus cubischen und polyedrischen Zellen, denen Eiterzellen in ziemlich grosser Zahl eingelagert sind und die Lockerung der Zellenverbindung steigern. In gleicher Weise infiltrirt, zeigen sich auch die Epithelzapfen und Ausführungsgänge der Drüsen; die Acini der letzteren sind nicht afficirt. Das Bindegewebe zeigt nur in den subepithelialen Schichten der Submucosa und in der Peripherie der Drüsenausführungsgänge eine rundzellige Infiltration; an letzteren ist es auffallend, dass die kleinzellige Infiltration regelmässig mit den Drüsenläppchen abschneidet. Die Gefässe sind theilweise erweitert, ihre Wandungen durch Einlagerung von Rundzellen verdickt. Die Nervenstämmchen sind unverändert.

7. Schnitthöhe in einer Entfernung von ca. 7 Cm. vom Sulcus coronarius.

Das Lumen der Harnröhre ist weit klaffend und enthält nur spärliche wandständige Zellengruppen. Das Epithel zeigt hie und da den normalen Bau; der grössere Theil gehört jedoch noch dem mehrfach geschichteten Plattenepithel an. Oefters sind auch mehrere Zellenlagen unvollständig abgestossen, so dass die Grenze der Harnröhrenlichtung wie gezackt erscheint. Die Verbindung der Zellen ist durchweg in mässigem Grade gelockert, in erheblichem nur da, wo eine stärkere Desquamation stattgefunden hat. In den interepithelialen Lücken liegen in wechselnder Menge Eiterzellen eingekeilt. Das Bindegewebe ist subepithelial in geringer Tiefe kleinzellig infiltrirt. Die Blutgefässe haben nur eine geringe Verdickung ihrer Wandung erfahren.

8. Schnitthöhe in einer Entfernung von ca. 9 Cm. von dem Sulcus coronarius.

Die Weite der Urethra ist annähernd normal. Das Verhalten des Epithels und des Bindegewebes unterscheidet sich nur dadurch von den

eben beschriebenen Schnitten, dass die Erscheinungen der Desquamation und kleinzelligen Infiltration etwas intensiver sind und den Eindruck erwecken, als ob es sich um ein acuteres Stadium handle.

9. Schnittführung durch die Pars membranacea.

Die entzündlichen Veränderungen sind bis auf geringe Reste geschwunden.

III. Bakteriologischer Befund.

Zur Färbung der Gonococcen im Gewebe sind folgende Farbstoffe verwendet worden: Methylviolett-Tolindinwasserlösung (nach Bumm und der von mir angegebenen Modification [l. c. p. 58]), Carbolfuchsin (nach Pfeifer) und Methylenblau (in wässeriger und Löffler'scher Lösung. Ausserdem sind von jedem Abschnitt mehrere Schnitte nach Gram'scher Methode differenzirt worden. Mit Rücksicht auf die tuberculöse Natur der Meningitis ist auch die Färbung auf Tuberkelbacillen an einer Anzahl von Schnitten, in welchen die follikelähnlichen lymphatischen Infiltrate nachgewiesen waren, versucht worden.

1. Schnittführung durch die Spitze des Praeputium.

Bezüglich der histologischen Verhältnisse ist vorauszuschicken, dass das Epithel unverändert und insbesondere das Stratum corneum vollständig erhalten ist; im subepithelialen Bindegewebe des inneren Praeputialblattes liegen zahlreiche Mastzellen und Pigmentzellen verstreut. Der Hornschicht haften streckenweise fibrinöse Exsudatmassen an, zwischen deren opaken und vielfach verzweigten Fäden zahlreiche Eiterzellen, Detritus und Bakterien eingelagert sind. Die letzteren lassen zwei Formen: Kurzstäbchen und Coccen unterscheiden. Bei Anwendung der Gram'schen Methoden bleiben nur die Stäbchen und frei in Zügen liegenden Coccen gefärbt. Ausser diesen beiden Bakterienarten finden sich in wechselnder Vertheilung charakteristische, die freien Coccen an Grösse erheblich übertreffende Diplococcen, welche meist innerhalb der Eiterzellen liegen und bei der Differenzirung mit Jod-Jodkaliumlösung und Alkohol den Farbstoff (Methylviolett) nicht festzuhalten vermögen. Einzelne von den Eiterzellen, in deren Protoplasma die Coccen liegen, sind mit Alkohol allein nur wenig differenzirbar, da die Coccen sehr dicht und zahlreich aneinander gelagert und mit Farbstoff intensiv impräguirt sind. Frei zwischen den Eiterzellen und auf der Oberfläche der spärlichen desquamirten Epithelien liegen die Coccen nur selten.

2. Schnitte durch die vordere und hintere Hälfte der Glans penis.

In allen Schichten des submucösen Bindegewebes finden sich zahlreiche Mastzellen; ihr Protoplasma ist aus dicht aneinander gepressten ovalen bis runden Körnern, welche sich mit den verschiedenen Anilinfarben fast noch intensiver als Mikroorganismen der gleichen Form imbibiren, zusammengesetzt. Der Kern besteht in einem bald deutlich

erkennbaren, bald verdeckt liegenden ungefärbten Bläschen von ovaler und runder Gestalt. Die Zellenform ist ebenso wie die Lage der Kerne in den Zellen eine so verschiedene, dass öfters Anklänge an Lymphgefässe oder Blutgefässcapillaren, welche mit Coccen vollgestopft sind, zu Tage treten. Besonders eigenartig und verführerisch wirkt das Verhalten der Mastzellen dann, wenn die Zellmembran bei der Anfertigung der Schnitte angerissen ist und die Körnchen des Protoplasmas in das umliegende Gewebe resp. dessen Saftspalten verschoben sind.

Gonococcen von charakteristischer Form und specifischem Färbeverhalten finden sich in dem das Harnröhrenlumen theilweise ausfüllenden Secret sowie auch auf der Oberfläche und in den oberen Schichten des Epithels; sie liegen zum Theil in dem Protoplasma der Eiterzellen, zum Theil auch auf den desquamirten Epithelien. In grösseren Verbänden werden sie selten beobachtet. Eine völlige Durchwanderung des Epithels ist nicht nachweisbar; dementsprechend trifft man die Coccen nur in den Theilen des submucösen Bindegewebes, welche ihren Epithelüberzug verloren und eine eiterige Infiltration erfahren haben. Auch an diesen eiterig entzündeten Partien lassen sie sich nicht in die Tiefe des Gewebes verfolgen, sondern liegen in Zellen eingeschlossen nur der Oberfläche an.

3. Schnitthöhe in einer Entfernung von ca. 1½ Cm. vom Sulcus coronarius.

Die Coccen liegen vereinzelt innerhalb der Eiterzellen dem Epithel und dem eiterig infiltrirten Gewebe der frei liegenden Submucosa auf. Ausser diesen an Form, Grösse und Färbeverhalten den Gonococcen völlig gleichenden Mikroorganismen trifft man noch rasenartige Colonien von Coccen, welche zwar auch als Diplococcen erscheinen, aber erhebliche Schwankungen in der Grösse der Einzelexemplare und der Distanz zwischen den beiden Hälften erkennen lassen. Die grösseren Gebilde entsprechen ungefähr den Gonococcen und sind intensiver gefärbt, an Zahl jedoch weit geringer als die kleineren Formen. Da sie sich interepithelial einige Schichten in die Tiefe verfolgen lassen und bei Anwendung der Gram'schen Methode entfärben, so sind sie höchstwahrscheinlich als Gonococcen, welche vielleicht im Absterben begriffen sind, zu bezeichnen. Eine Verwechslung mit irgendwelchen zufälligen Gebilden exsudativer Herkunft u. s. w. erscheint mir bei dem immer gleichmässigen Verhalten zum Epithel und der bestimmten Topographie ausgeschlossen.

Es darf hier noch darauf hingewiesen werden, dass sich die Coccen nie in den tief gelegenen rundzelligen Infiltraten finden, sondern dass sich ihr Vorkommen nur in den oberflächlichen eiterig veränderten Gewebetheilen constatiren lässt und dass sowohl bei Anwendung der Gram'schen Methode wie bei der Färbung auf Tuberkelbacillen das Resultat ein constant negatives gewesen ist.

4. Schnitthöhe in einer Entfernung von 3—4½ Cm. vom Sulcus coronarius.

Sowohl die intracellulär gelegenen Diplococcen wie die in rasenartigen Colonien zusammengelagerten Coccen, welche in den soeben beschriebenen Schnitten nachweisbar waren, werden an der Oberfläche des desquamirten Epithels und eiterig infiltrirten Bindegewebes angetroffen, doch sind sie zweifellos weit spärlicher vorhanden. Ausserordentlich zahlreich sind dagegen in allen Schnitten die polymorphen Mastzellen; sie finden sich in den entzündlich infiltrirten Partien ebenso wie in den weniger veränderten; oft kommen sie in grosser Entfernung von den eingelagerten Rundzellen isolirt im fibrillären Bindegewebe vor.

5. Schnitthöhe in einer Entfernung von 6—9 Cm. vom Sulcus coronarius.

Coccenhaltige Zellen sind nicht mehr nachweisbar; dagegen finden sich ganz vereinzelt noch kleine freie Häufchen von Diplococcen, die sich nach der Gram'schen Methode entfärben.

IV. Epikrise.

Der klinische Verlauf, welchen der vorliegende Fall genommen hat, ist kurz folgender: Bei einem 24jähr. Tüncher entwickeln sich einige Wochen nach einem Sturz von einer Leiter unter gewissen Prodromen wie Benommenheit, Kopfweh, die Erscheinungen einer cerebrospinalen Meningitis. Als Ausgangspunkt dieser Erkrankungen kommen zwei Processe in Frage: Einmal die wahrscheinlich tuberculösen Lymphome am Hals und zweitens die floride gonorrhoische Urethritis. Obwohl die letztere nicht mit voller Bestimmtheit als primärer Krankheitsherd ausgeschlossen werden kann, so spricht doch der intermittirende Verlauf des Fiebers, das ganze Krankheitsbild, die kurz vor dem Tode plötzlich eintretende Remission sämmtlicher Erscheinungen mit grosser Wahrscheinlichkeit für den tuberculösen Charakter der Meningealerkrankung. Der bei der Section erhobene Befund von tuberculöser Entartung der Lymphdrüsen, Tuberkeleruptionen in den verschiedenen Abschnitten der Hirnhäute etc. bestätigte die Richtigkeit der differentiell diagnostischen Erwägungen und beweist, dass die beiden infectiösen Processe: Die Tuberculose und die Gonorrhoe unabhängig von einander bestanden haben.

Bei der Untersuchung des in einzelne Stücke von circa 1½ Cm. Länge zerlegten Penis ergeben sich sowohl am Epithel wie am Bindegewebe eine Reihe von Veränderungen, welche für die pathologische Anatomie der gonorrhoischen Urethritis

von Bedeutung sind. Schon im Bereiche der vorderen Hälfte der Glans penis sind die desquamativen Erscheinungen des Epithels so erheblich, dass auf grössere Strecken hin mehrere Schichten der Mucosa abgestossen und die basalgelegenen cylindrischen und cubischen Zellen entblösst sind. An umschriebenen Stellen ist das Epithel gänzlich exfoliirt, zum Theil haftet es auch in abgestorbenem Zustande der Submucosa noch an. Wie aus verschiedenen Befunden unzweifelhaft hervorgeht, kann die totale Abstossung der Mucosa verschiedene Vorstadien haben: entweder setzt sie mit einer mehr und mehr zunehmenden Lockerung des Epithelgefüges und einer partiellen Desquamation ein, die allmälig zur völligen Freilegung führt, oder es kommt zu einer rasch verlaufenden Necrose und Abstossung des Epithels in seiner ganzen Dicke, ohne dass vorher erhebliche Aenderungen in der Zellenverbindung und ihrer Configuration zu Tage treten.

Dieser letztere Modus, der offenbar einer besonders deletären Wirkung des gonorrhoischen Virus seine Entstehung verdankt, ist anscheinend der seltenere. Mit der der Desquamation vorangehenden Lockerung der Mucosa sind auch verschiedene Veränderungen der Form der einzelnen Zellen verbunden; die Epithelien quellen auf, verlieren ihre ursprüngliche Configuration und Begrenzung; während unter normalen Verhältnissen ihre Oberfläche mit feinen Erhebungen, welche zahnradartig in einander greifen und so die feste Zusammenfügung der Epithelmembran vermitteln helfen, besetzt ist, erscheint sie hier vollkommen glatt und gleichmässig. Die Kerne bilden häufig statt des normalen Bläschens mit seinem zierlichen Chromatingerüst ein Convolut von dicken Chromatintropfen und -Faden; typische Mitosen finden sich vereinzelt in der Tiefe der Urethra; im Bereiche der schweren entzündlichen Veränderungen sind nur die oben erwähnten Kernbilder nachweisbar, die zum Theil mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit als pathologische oder abnorme Theilungsphasen anzusprechen sind. Wenn früher darauf hingewiesen ist, dass es sich in diesen Formen vorwiegend um postmortale Zerfallserscheinungen handelt, so soll damit natürlich keineswegs behauptet werden, dass die verspätete Härtung allein und nicht auch die

specifische Wirkung des gonorrhoischen Virus einen derartigen Effect haben kann. Das in Tiefe der Urethra beobachtete Vorkommen von Kerntheilungsfiguren, welche sich mehr an das bekannte Schema anlehnen, spricht in gewissem Sinne dafür; ausserdem braucht man sich nur der von Hess[8]) bei dem acuten infectiösen Milztumor gefundenen Theilungsfiguren zu erinnern, um sich von der Möglichkeit einer derartig specifischen Einwirkung zu überzeugen.

Zwischen den Epithelien liegen Eiterzellen in wechselnder Zahl vertheilt; bald sind diejenigen Stellen, welche eine erhebliche Desquamation zeigen, bald auch die, deren Epithel zwar in hohem Grade gelockert, aber noch in toto vorhanden ist, besonders reichlich durchsetzt.

Während im Bereiche der Glans penis die basale Epithelschicht und damit das typische Gepräge der Mucosa — mit Ausnahme umschriebener Inseln — erhalten bleibt, wird der destructive Charakter der entzündlichen Erscheinungen umso ausgesprochener, je weiter die Untersuchung in die Tiefe der Urethra vordringt. An der Grenze der Glans und ca. 1 Cm. hinter dem Sulcus coronarius ist mehr als die Hälfte der Urethrallichtung gänzlich ihres Epithels beraubt und durch eiterig infiltrirtes Bindegewebe abgegrenzt. Die noch restirende Epithelschicht zeigt nicht nur eine hochgradige Zerklüftung und Desquamation, sondern auch eine mehr oder weniger vollständige Metaplasie des Epithels. Von einer Grenzschicht cylindrischer oder cubischer Zellen, welche vertical dem submucösen Bindegewebe aufsitzen, sind nur kümmerliche Reste erhalten; statt ihrer findet man entweder abgeplattete Zellen, welche den Endothelien der serösen Häute auffallend gleichen oder spindelförmige und vieleckige Gebilde der Submucosa aufgelagert; die letzteren enden häufig mit einem keilförmigen Fortsatz im Bindegewebe. Auch die Form des Papillarkörpers hat eine hochgradige Veränderung erfahren; die regelmässigen Epitheleinsenkungen, welche mit den Papillen der Submucosa alterniren, sind grösstentheils geschwunden; nur ganz vereinzelt sind schmale Epithelzapfen, deren kolbiges Ende meist abnorm tief in das Bindegewebe hineingewuchert ist, vorhanden. Fast ausnahmslos findet man diese flaschenförmigen Einwucherungen im Bereiche

und in Verbindung mit den erhaltenen Partien der Mucosa. In ihrer Umgebung sowie auch in den des Epithels beraubten Theilen lassen sich ferner öfters isolirte, aus mehreren (circa 3—6) Zellen bestehende Epithelnester nachweisen.

In den hinteren zwei Dritteln der Pars cavernosa nehmen die Veränderungen des Epithels wieder an Intensität allmälig ab; der ursprüngliche, mehrschichtige Epithelbau tritt wieder hervor, während die Metaplasie der oberen Schichten in Plattenepithel bis zur Pars membranacea sich erstreckt. Die drüsigen Gebilde, welche in der hinteren Hälfte der Pars cavernosa sich verzweigen und theilweise auch durch die Submucosa hindurch in das cavernöse Gewebe eindringen, zeigen nur geringe Infiltrations- und Desquamationserscheinungen an den Ausführungsgängen und einzelnen Drüsenacinis.

Im Lumen der Urethra liegen verschieden grosse Zellenhaufen, die aus polymorphen Epithelien und Eiterzellen bestehen und durch eine feinfädige Exsudatmasse zusammengehalten werden; besonders erwähnenswerth in ihnen sind die zahlreichen Zerfallsproducte, welche bald in Form eines feinkörnigen Detritus bald auch als grössere Schollen und Tropfen ungleichmässig verstreut sind und durch ihre intensive Färbung mit den Anilinfarbstoffen die Unterscheidung von den Mikroorganismen vielfach erschweren. Abgesehen von diesen Secretmassen, denen sich hie und da noch necrotische Bindegewebsfetzen anlegen, ist die Lichtung der Harnröhre selbst durch die entzündliche Schwellung der Mucosa und Submucosa in verschieden hohem Grade verengt, wie es besonders an den Schnitten hinter dem Sulcus coronarius hervortritt.

Die Veränderungen des Bindegewebes entsprechen in ihrer Intensität im Grossen und Ganzen denen des Epithels; zwei Typen der Entzündung kann man unterscheiden: die eine geht mit einer rundzelligen Infiltration, die andere mit einer eiterigen Einschmelzung der Submucosa einher. Im Bereiche der mit Epithel bekleideten Stellen überwiegt die kleinzellige Infiltration: Rundzellen mit grossem, bald homogenem, bald granulirtem Kern liegen in dichter Anordnung zwischen den Bindegewebsfibrillen und fixen Bindegewebskörpern vertheilt. Die Einlagerung ist je nach der Tiefe verschieden; direct unter dem Epithel

ist sie diffus, flächenhaft, während sie in den tieferen Schichten zu ausgesprochener Knötchenbildung, deren Bau den folliculären Apparaten anderer Schleimhäute auffallend ähnlich sieht, führt. Einen eiterigen Charakter zeigt die Entzündung an den Stellen, deren Epithel nekrotisch geworden oder in toto abgestossen ist. Die kekannten Merkmale: vielkernige Eiterzellen, Detritus, kleine Vacuolenbildung bilden die Vorläufer der nahen Einschmelzung des Gewebes.

Von besonderer Bedeutung im Bereiche dieser Zonen ist das Verhalten der Blutgefässe; eine grössere Anzahl derselben ist abgestorben und durch Thrombusbildung verlegt. Die umliegenden Gefässe sind ziemlich erheblich erweitert und in ihren Wandungen durch Zelleneinlagerung verdickt. Bei der Untersuchung auf Gonococcen zeigt es sich trotz vielfacher Modificationen des Färbeverfahrens, dass die Zahl zweifelloser Diplococcen von dem Verhalten der Neisser'schen Mikroben in Bezug auf Färbung und intracelluläre Lagerung sehr klein ist und mit der Menge der im Secret intra vitam nachweisbaren Gonococcen im grellen Widerspruch steht. Wenn sich für dieses Verhalten auch keine sichere Erklärung hat finden lassen, so beweisen doch ähnliche Beobachtungen von anderen Autoren, dass die Schuld nicht an der Färbung der Präparate liegen kann. Vielleicht spielen degenerative Veränderungen in Folge der verspäteten Härtung eine gewisse Rolle; hierfür würde der früher erwähnte Befund von rasenartigen Colonien von Diplococcen verschiedener Grösse und Färbbarkeit in gewissem Sinne sprechen können.

Durch die Färbung der Schnitte nach der Gram'schen Methode und nach Gabbett lässt sich feststellen, dass weder Eitercoccen noch Tuberkelbacillen vorhanden sind und dass demnach im Inneren der Harnröhre die Gonococcen thatsächlich die einzigen Krankheitskeime, wie dies vielfache Secretuntersuchungen und Impfungen nahe gelegt haben, bilden.

Von anatomischen Untersuchungen über den Bau der männlichen Harnröhre bei Gonorrhoe scheint nur die eine von Bockhart[7]) zu existiren. Die Veränderungen, welche dieser Autor beobachtet hat, betreffen nicht nur das Epithel und die Submucosa, sondern auch das Gewebe des Corpus cavernosum

urethrae; das Epithel ist erheblich gelockert und einzelne Schichten sind desquamirt. Bockhart selbst bezeichnet es als gequollen und zerklüftet, letzteres namentlich in der Fossa navicularis, wo der Mucosa viel Exsudat auflag. Die Bluträume der Pars cavernosa, heisst es weiter, desselben Theiles der Harnröhre enthalten eine grosse Anzahl weisser Blutzellen. Das bindegewebige Balkenwerk der Pars cavernosa ist aufs reichlichste durchsetzt von ausgewanderten weissen Blutzellen, die gegen die Albuginea hin an Zahl abnehmen und nicht über dieselbe hinaus in die Schwellkörper des Penis eindringen. Die Durchsetzung mit einer grossen Anzahl dicht beisammen liegender weisser Blutzellen erstreckt sich auf die Mucosa, Submucosa und die in ihr liegenden Blutgefässe bis zur Pars prostatica. Berücksichtigt man noch, dass es in dem Bockhart'schen Fall zu Cystitis und Nierenabscessen gonorrhoischer Natur gekommen ist, so tritt ein auffallender Contrast — in beiden Fällen hat die Gonorrhoe wahrscheinlich ziemlich gleich lange Zeit bestanden — zwischen diesem und dem hier mitgetheilten eigenen Fall zu Tage. In dem ersteren führt die Tripperinfection zur Zerklüftung und Quellung des Epithels und zur kleinzelligen Infiltration der Submucosa und des Corpus cavernosum urethrae, in dem letzteren zur Desquamation und vollständigen Exfoliation grosser Epithelstrecken, zur kleinzelligen und eiterigen Infiltration der Submucosa, während das Corpus cavern. urethr. trotz der erheblichen Schleimhautveränderungen gänzlich frei bleibt. Den Ansammlungen weisser Blutzellen in den Bluträumen des Schwellkörpers ist keine Bedeutung zuzumessen, da sie unter normalen Verhältnissen auch vorkommen. Hingegen finden unsere Beobachtungen eine volle Bestätigung in den bei Blennorrhoea neonatorum auftretenden Conjunctivalveränderungen, welche von Bumm mit grosser Sorgfalt untersucht und beschrieben sind.

Die Gleichmässigkeit der verschiedenen Erscheinungen, welche an den beiden Typen des mehrschichtigen Cylinderepithels der Conjunctiva und Urethra sich vollziehen, ist mutatis mutantis eine so allgemeine, dass sie die a priori gehegten Erwartungen fast noch übertrifft; sowohl die Desquamation wie

die Lockerung und Wucherung des Epithels, die ausgesprochene Metaplasie des Epitheltypus, wie auch die entzündliche Reaction des Bindegewebes stimmten vollkommen überein. Nur in der Deutung einzelner Veränderungen treten gewisse Differenzen hervor. Bumm hält z. B. die regelmässig nach einer gewissen Zeit erfolgende Umwandlung des Cylinderepithels in Plattenepithel für eine wirksame Schutzvorrichtung gegenüber der Gonococcen-Invasion und bringt diese Metaplasie, welche er als specifische Gewebereaction anzusehen geneigt scheint, mit dem Ablauf des gonorrhoischen Processes in ursächlichen Zusammenhang.

Wenn auch die Bumm'sche Anschauung von der Resistenz des Plattenepithels gegenüber den Gonococcen durch die gonorrhoische Entzündung von Plattenepithelmembranen noch nicht widerlegt wäre, so könnte man trotzdem in dieser transitorischen Metaplasie keine specifische Reaction des mehrschichtigen Cylinderepithels gegen die Neisser'schen Mikroben erkennen, da die mehrschichtigen Cylinderepithelhäute auf die verschiedensten Entzündungsreize regelmässig mit Desquamation und Umwandlung des Zellentypus reagiren und ein provisorisches Plattenepithel zu bilden pflegen. Wahrscheinlich spielen übrigens bei dem Ersatz der Cylinderzellen durch Plattenepithelien auch die rein mechanischen Verhältnisse in der Weite der Urethrallichtung eine gewisse Rolle mit. Ist doch die Schwellung der Schleimhaut eine so erhebliche und gleichmässige, dass die Wandungen förmlich an einander gepresst werden! Die früher mehrfach erwähnten Haufen und Nester von abgesprengten Epithelien stehen, wie dies auch von Bumm schon ausführlich mitgetheilt ist, mit den regenerativen Processen in directer Beziehung und sind offenbar für die rasche Ueberhäutung von so grossen Epitheldefecten, wie sie in dem vorliegenden Fall zur Beobachtung gekommen sind, von Bedeutung.

Während die anatomischen Veränderungen in dem Bockhart'schen Fall an Intensität hinter den von uns beschriebenen zurückstehen, ist das Verhalten der Coccen gerade ein umgekehrtes; nach unserer Beobachtung sind die Coccen ausserordentlich spärlich und finden sich nur in den oberen Schichten des Epithels und des eiterig infiltrirten submucösen Gewebes, Bockhart hingegen findet die Gonococcen sowohl

in Zellen wie in Lymph- und Blutgefässen der ganzen Dicke der Schleimhaut in sehr beträchtlicher Zahl. Die Haufenbildung und das Vorkommen der Mikroorganismen in den verschiedensten Schichten des submucösen Gewebes ist in den beigegebenen Zeichnungen so charakteristisch für Mastzellen, dass schon Arning[9]) die Vermuthung ausgesprochen hat, Bockhart habe sich durch eine Verwechselung mit diesen Gebilden täuschen lassen. In der That lässt sich heute schon aus der Art des Nährbodens (Fleischextract-Peptongelatine), auf welchem die Gonococcen-Reincultur gewachsen war, mit voller Sicherheit beweisen, dass Bockhart überhaupt nicht mit Gonococcenculturen gearbeitet hat; ausserdem sind die oben erwähnten Zeichnungen so anschaulich und klar, dass man, wie dies Arning schon betont, über die Verwechselung der Mastzellen mit coccenhaltigen Zellen und Gefässen nicht im Zweifel sein kann. Es wird dennoch weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben, über die Häufigkeit und das Verhalten der Gonococcen im Gewebe der Urethra Aufschluss zu geben.

Die Veränderungen, welche die Urethralschleimhaut in dem mitgetheilten Fall von Urethritis gonorrhoica darbietet, sind folgende:

1. Das Epithel ist in den geringer erkrankten Gebieten (ca. der vorderen Hälfte der Glans und den hinteren $^2/_3$ der Pars cavernosa penis) gelockert, kleinzellig infiltrirt und partiell desquamirt. Im Bereiche der hinteren Hälfte der Glans sowie des sich anschliessenden vorderen Drittels der Pars cavernosa ist es grossentheils mortificirt oder gänzlich abgestossen; die noch erhaltenen Reste zeigen vielfach eine Umwandlung in Plattenepithel (transitorische Metaplasie).

2. Das submucöse Gewebe ist unter den erhalten gebliebenen Epithelstrecken flächenhaft und umschrieben (unter Bildung von Knötchen mit lymphoidem Bau) kleinzellig infiltrirt. An den epithellosen Stellen ist das Bindegewebe von Eiterzellen durchsetzt und in Einschmelzung begriffen; einzelne Partien sind ausserdem nekrotisch geworden und abgestossen.

3. Die Capillargefässe sind im Bereiche der eiterigen Entzündung häufiger mortificirt und ihre Lichtung durch einen

Thrombus geschlossen. In den übrigen Theilen ist die Gefässwandung kleinzellig infiltrirt und verdickt.

4. Bezüglich der Verbreitung des gonorrhoischen Processes sprechen die geschilderten anatomischen Veränderungen für die Richtigkeit der klinischen Erfahrung, dass die Gonorrhoe beim Manne zunächst nur als Urethritis anterior verläuft.

Literatur-Verzeichniss.

1. E. Bumm. Der Mikroorganismus der gonorrh. Schleimhauterkrankungen. Gonococcus Neisser. 1885.

2. M. Dinkler. Zwei Fälle von Ulcus perforans corneae nach Conjunctivaltripper. v. Graefe's Archiv. Bd. 34. 3.

3. F. J. Pick. Ueber einen Fall von Folliculitis praeputialis gonorrhoica. Verhandl. d. deutschen derm. Gesellschaft 1889.

4. K. Touton. Ueber Folliculitis praeputialis etc. Archiv f. Derm. u. Syph. Bd. 21 und „Weitere Beiträge zur Lehre von den gonorrh. Erkrankungen der Talgdrüsen am Penis etc.“ Berl. klin. Wochenschr. 1892.

5. Jadassohn. Ueber die Gonorrhoe der paraurethralen und praeput. Drüsengänge. Deutsche med. Wochenschr. 1890.

6. E. Wertheim. Die ascendirende Gonorrhoe beim Weibe. Archiv f. Gynaekologie. Bd. 42.

7. M. Bockhart. Beitrag zur Aetiologie und Pathologie des Harnröhrentrippers. Vierteljahresschrift f. Dermatol. und Syphil. 1883.

8. R. Hess. Ueber Vermehrungs- und Zerfallsvorgänge an den grossen Zellen in der acut. hyperpl. Milz etc. Beiträge zur pathol. Anatomie etc. von E. Ziegler. Bd. 8.

9. E. Arning. Ueber das Vorkommen von Gonococcen bei Bartolinitis. Vierteljahresschrift für Dermatol. u. Syph. 1883.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel XI.

Fig. 1. Schnitt durch die vordere Hälfte der Eichel. *a* Erhalten gebliebene Epithelleiste des mehrschichtigen Plattenepithels der Urethra, *b* necrotisches Epithel, *c* epithelloses Bindegewebe mit fibrinös-eitrigem Exsudat, *d* fibrinöse Exsudatmasse, *e* ektatische Capillargefässe, *f* thrombosirte Capillaren, *g* Zerfallsproducte der Zellkerne.

Fig. 2. Schnitt vom hinteren Ende der Eichel. *a* Harnröhrenschleimhaut, bestehend aus einer Lage von abgeplatteten Epithelien mit Epithelzapfen (transitorische Metaplasie), *b* eitrig infiltrirte Submucosa mit Detritus.

Fig. 3. Querschnitt der Urethra, ca. 4 Cm. hinter dem Orificium externum (halbschematisch). *l* Lumen der Urethra, *e* Epithelreste, *i* Infiltrate mit adenoider Anordnung, *r* ringförmig angeordnete Bindegewebszüge an der Grenze des Corpus cavernosum.

Ueber Cysticercus cellulosae in der Haut des Menschen.

Von

Prof. **Georg Lewin** in Berlin.

(Hierzu Taf. XII.)

(Schluss.)

Symptomatologie.

Sensibele, motorische, trophische Erscheinungen.

Die relativ geringe Auffindung von Finnen in der Haut erklärt sich theilweise dadurch, dass der Parasit oft unbedeutende Störungen für den Kranken erzeugt und deshalb ihn nicht veranlasst, ärztliche Hilfe aufzusuchen. Treten aber Beschwerden auf, so wird der Körper meist gar nicht genau vom Arzte palpirt, oder der wirklich gefühlte Tumor verkannt. Dass aber auch Störungen, selbst schwerere durch den Cysticercus, als einen in der Haut vorhandenen fremden Körper auftreten können, ist wohl natürlich. Sie treten jedoch meist nur sehr langsam mit der allmäligen Vergrösserung des Parasiten auf. Die Behauptung Stich's, dass der Cysticercus überhaupt keine, irgendwie erhebliche Störung zur Folge habe, ist nicht richtig. Die Casuistik zeigt, dass sowohl die sensible und motorische, als auch die vasomotorische und selbst trophische Sphäre mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen wird.

Wenn man den betreffenden Tumor, an welchen ein Kranker Stich's litt, für einen Gichtknoten halten konnte, so müssen wohl ziemlich starke, an Gicht erinnernde Schmerzen vorangegangen sein. Ein Kranker Himly's klagte über derartige

Muskelschmerzen, dass sie Wadenkrampf vortäuschten. Ein Kranker Krukenberg's litt an „dolor, rheumatico non dissimilis“, welcher nach Exstirpation des Wurmes schwand. Litten's und Broca's Kranke mit Cysticercus in der Lebergegend und im Epigastrium klagten über heftige Schmerzen daselbst. Die Patienten Hempel's, Fischer's, Delore's und Rathey's klagten ebenfalls über Sensibilitätsstörungen, Abgeschlagenheit und Müdigkeit bei Bewegung der erkrankten Theile. Einer meiner Patienten gab als Sitz von Neuralgien den Rückenwirbel an, auf welchem ein Tumor sass, ein anderer Kranker klagte über Taubheit in der rechten Hand. Bei einem dritten Kranken mit Finnen in der rechten Vola manus war die Bewegung mit Schmerzen verbunden. Noch ein anderer Patient mit einem Tumor in der rechten Ellenbogenbeuge klagte über schmerzhaftes Ziehen in der Bahn des N. ulnaris volaris. Benda's Kranker betonte die Schmerzen im Verlaufe des Nervus ischiadicus dexter. Karewski's Patienten litten theilweise an „abnormer Sensation“ des betreffenden Armes, der beinahe „gelähmt“ war. Auch der im linken Glutaeus sitzende Wurm genirte beim „Sitzen und bei der Defaecation“. Bei Gros's Kranken mit der Geschwulst in der rechten Augenbrauengegend bestanden remittirende einseitige Kopfschmerzen. Bei Dumreicher's Patienten strahlten von der erkrankten rechten Schläfengegend neuralgische Schmerzen aus. In Fischer's, Forster's und Karewski's Fällen konnte der Arm nicht völlig ausgestreckt werden. Bei dem Falle Lafitte's handelte es sich um „Steifheit und Krümmung des kleinen Fingers“. Lancereaux's Kranke litt an Schwäche der unteren Extremitäten.

Aber auch entzündliche Erscheinungen treten auf. Für solche Gewebsstörungen spricht das sehr blasse Aussehen oder die bisweilen dunkel kastanienbraune Farbe und die von Delore beobachtete leichte Zerreisslichkeit des Gewebes. Ferber (Virch. Arch. Bd. 32 p. 249) und Ordonnez (Gaz. de Paris 1862, p. 686) betonen die unregelmässige Streifung der occupirten Muskelfibrillen und ihre Verfettung. Auch die beobachteten capillären Hämorrhagien sind auf Degeneration der Gefässwände zurückzuführen. Derartige Befunde haben v. Graefe, Ferber, Maillon und Ordonnez publicirt; ja v. Graefe fand selbst

einen hämorrhagischen Herd in der Cysticercushöhle. Die Entzündung kann auch einen phlegmonösen Charakter annehmen. So z. B. bei Gaermonprez's[1]) Kranken. Hier sass der Cysticercus in der Brustdrüse und erzeugte wiederholt Mastitis. Aehnliche Erscheinungen zeigte einer meiner Kranken. Aber auch zur Abscedirung können sich die entzündlichen Erscheinungen steigern, wie die Casuistik von Karewski, Fischer und mir beweist. Welche Momente die Abscesse verursachen, ist noch nicht sicher. Man könnte annehmen, dass der Parasiten-Embryo der vom Magen und Darmcanal aus den Organismus invasirt, Keime von Eitercoccen mit sich führe. Leber (Arch. f. Ophthalm. Bd. 32, p. 312) meint, dass die Cysticerken selbst Ptomaine erzeugen und dadurch die erkrankten Gewebe minder widerstandsfähig gegen die Niederlassung und das Wachsthum der durch den Blutstrom importirten Bacterien werden. Auch die Hypothese ist aufgestellt worden, dass eine pathologische Alteration der Haut, wie Epithelium-Defect, Rhagaden etc. leicht durch eine äussere Laesion verursacht werden könne.

Wichtig ist noch folgende Beobachtung: Durch Experimente an Thieren ist von Leukardt, Zenker und Gerlach nachgewiesen, dass die jenen beigebrachten Parasiten bisweilen plötzlich und massenhaft gleichzeitig in die Haut, die Muskeln und den Darm einwandern und dadurch ebenso plötzlich auftretende Erscheinungen erzeugen, so z. B. Muskelkrämpfe, Diarrhöen und Erbrechen. Nichts spricht dagegen, dass ein gleicher Process sich auch beim Menschen vollziehen kann. So erklärt sich die interessante Mittheilung Stich's, dass bei einer Frau mit Finnen während einer Cholera-Epidemie auch Cholera angenommen wurde, weil sie Wadenkrämpfe und diarrhoische Stühle hatte. Erst die Section klärte den Irrthum auf.

Diagnose.

Die Verschiebbarkeit oder Beweglichkeit des im subcutanen Gewebe sitzenden und von einer, durch entzündliche Reaction entstandenen, bindegewebigen Kapsel umgebenen Cysticercus ist mehr oder weniger vorhanden. Es hängt dies

---

[1]) Lyon médic. 1883. Nr. 41.

von der Tiefe des Sitzes und auch davon ab, ob einzelne Fasern des naheliegenden Muskels ihn fester fixiren.

Die Prominenz über das Niveau der umgebenden Haut fehlt oft ganz, in einzelnen Fällen ist sie mehr oder weniger auffallend. Auch dies Moment wird durch mehr oder weniger oberflächlichen Sitz und dadurch bewirkte Spannung der Haut bedingt.

Die Grösse der Finnen, selbst gleichaltriger, ist keineswegs die gleiche. Dass selbst in einem und demselben Organe solche von verschiedenen Volumen vorkommen können, haben die Experimente der Finnenzucht gezeigt. Die Durchschnittgrösse ist die einer Linse bis Haselnuss, doch finden sich auch grössere, namentlich im Gehirn vor. Die Grösse der Finnen kann aber intra vitam ab- und zunehmen.

Bei einer meiner Kranken hatten einzelne Tumoren, welche anfangs linsengross waren, schon nach 4—6 Monaten die Grösse einer Haselnuss erreicht. Stich sah bei einem Kranken die anfangs linsengrossen Geschwülste innerhalb eines Monats bis zur Bohnengrösse wachsen. Bei dem v. Gräfe'schen Kranken erhob sich die Geschwulst in 6 Wochen „von wenigen auf 6 Linien Durchmesser." Diese Volumenzunahme kann die Folge sein einer Vermehrung des wässerigen Inhaltes, der Verdickung der Kapsel- oder auch des selbständigen Wachsthums des Cysticercus selbst. Man muss daran denken, dass sich schon in der Finne die erste Anlage des Bandwurmkörpers zeigt, und zwar als eine cylindrische Röhre, welche sich zwischen das obere halsförmig verdünnte Ende des Kopfes und den andern Pol des Blasenkörpers einschiebt, und dass dieser Hohlraum sich mit dem fortschreitenden Alter der Finne auch erweitert. Hierbei nimmt sie eine runzliche Beschaffenheit an, bildet Querfalten, Einschnürungen, so dass man eine schon mit Proglottiden versehene kleine Tänie vor sich zu haben glaubt.

Die Form der Geschwulst ist entweder rund oder oval. Ersteres tritt besonders bei den im subcutanen Gewebe liegenden, das andere mehr bei den an die Muskeln gehefteten Cysticerken hervor. Während das nachgiebige, subcutane Gewebe ein gleichmässiges Wachsen des Tumors vom Centrum nach der Peripherie gestattet, scheinen die strafferen Fasern der

Muskeln mehr die Längsrichtung der Geschwulst und damit die ovale Form zu bedingen. Aus dieser verschiedenen Beschaffenheit der Umgebung des Cisticercus lässt es sich auch erklären, dass grade die Gehirncysticercen die grösste Mannigfaltigkeit in der Formation zeigen, so namentlich der Cysticercus racemiformis.

Die Consistenz des Tumors ist für die Diagnose besonders charakteristisch. Der Tumor ist nicht allein prall elastisch, sondern nahezu knorpelhart, meist so resistent, wie ein wirklicher Knorpel, speciell des Kalbes; dadurch unterscheidet er sich vorzüglich von der Gummigeschwulst, welche bekanntlich meist eine mehr teigige Consistenz zeigt.

Die Beschaffenheit der Oberfläche der Tumoren ist nie höckerig, sondern glatt. Nur wo eine Muskelfascie straff und einschneidend über ihn hinzieht, erscheint die Geschwulst wie in zwei Hälften getheilt, wie dies bei einem meiner Kranken der Fall war, bei welchem ein Cysticercus seitlich vom Condylus externus des Ellenbogens sass.

Ebenso wie eine Vergrösserung kann sich auch eine Verkleinerung des Tumors entwickeln und zwar durch den Process einer allmäligen Verkalkung.

Auch von verschiedener Grösse werden Finnen bei einem und demselben Individuum gefunden. Welche Bedingungen des verschiedenen Wachsthums hier obwalten, ist nicht bestimmt anzugeben. Wahrscheinlich wird die für die Entwicklung mehr oder weniger günstige Localisation hier mitspielen. Auch können Invasionen zu verschiedenen Zeiten vielleicht die Erklärung abgeben, wie Helminthologen bei Thieren beobachtet haben.

Der Parasit scheint sowohl solitär, als auch in sehr grosser Anzahl im Menschen vorzukommen. Einige Autoren, so z. B. Stich, leugnen das solitäre Vorkommen, dagegen habe ich und Andere, so z. B. Lafitte, Lumreichr, Garski solche Fälle publiicrt. Leuckhardt fand bei einem Versuchsthier, welches eine erkleckliche Menge Bandwürmer verschluckt hatte, nur eine einzige Finne. Unbekannte Bedingungen würden wohl die übrigen Eier bis auf das Eine an der Entwickelung gehindert haben. Auch Küchenmeister ist derselben Ansicht.

Natürlich lässt sich gegen alle diese Angaben der schon erhobene Einwand wiederholen, dass nicht alle Organe genau untersucht wurden; aber auch umgekehrt ist daran zu denken, dass gleichzeitig vorhandene Parasiten leicht übersehen werden können.

Doch zugegeben, dass es Solitärfinnen gibt, so ist in der Mehrzahl der Fälle der Parasit in mehreren Exemplaren vorhanden — ein Moment von Bedeutung für den diagnostischen Werth des Haut-Cysticercus. Schon Wharton zählte in seinem, allerdings zweifelhaften Falle Hunderte. Himly[1]) zählte ebenfalls bei der Section eines Kranken viele Hunderte von Finnen in den Muskeln und eine fast gleiche Anzahl im Gehirn und in der Lunge. Bei Lancereaux's Kranken wurden die Finnen auf etwa 1000 geschätzt. Bonhomme[2]) zählte bei einem von ihm secirten 77jährigen 900 Cysticerken in den Muskeln und etwa 2000 im subcutanen Gewebe. In den innern Organen wurden nur 125 aufgefunden und zwar 84 im Gehirn, 22 in den Meningen, 16 in der Lunge, dem Pancreas, in der Parotis und der Medulla oblongata. E. Gellerstedt hat bei einer 47jährigen Frau nicht allein im Gehirn sondern namentlich in allen Muskeln „unzählige Finnen" gefunden. Delore (l. c.) gibt die Zahl der bei der Section eines 77jährigen Mannes gefundenen Cysticerken auf 2000 an und zwar 900 in den Muskeln, die übrigen im subcutanen Gewebe. Giamattei's[3]) Kranker hatte bei der Section 200 Cysticerken im Gehirn, 1000 in den Muskeln (im Biceps allein 24) und mehrere im Herzen.

Gubain fand bei der Section einer Kranken alle Organe, namentlich die Muskeln, so voller Hydatiden, dass er sich den Ausdruck „Diathesis hydatitosa" erlaubte.

Den entscheidenden Beweis für den Cysticercus liefert aber die Exstirpation desselben. Man macht vorsichtig einen Einschnitt in die Cutis, dessen Länge und Tiefe der Form und dem Sitze des Wurmes entspricht und verfährt dann ganz wie beim Ausschneiden eines Atheroms. Nach weiterer Trennung der die Cysticercusblase umgebenden bindegewebigen Kapsel zeigt

---

[1]) Himly. Hufeland:s Journal. 1809.

[2]) Bonhomme. Compt. rendu de seance de la société biol. 1884 p. 62.

[3]) Giamattei. Il Morgagni. 1888.

die darunterliegende Blase meist eine wellige Oberfläche. An einer Stelle der Blase macht sich mehr oder weniger deutlich eine Einziehung bemerklich, von deren Innerem ein derber, weisslicher, stecknadelkopfgrosser, runder Körper durch die Blasenwand durchscheint. Dieser Körper bildet einen birnförmigen Sack, welcher den Kopf handschuhartig umhüllt. Der Kopf ist der der Taenia. Er ist quadratisch und zeigt vier etwas prominirende Säugenäpfe, in deren Seite das Rostellum mit den 24—30 Haken und Häkchen liegt. Diese bilden zwei concentrische Kreise, in deren äusserem die Häkchen grösser sind als die in dem inneren. Die Haken stecken in meist pigmentirten Taschen. Nicht ganz selten fallen einzelne oder ganze Reihen Haken ab, die man aber in der Blasenflüssigkeit wiederfinden kann. Dem Kopfe folgt ein kürzerer oder längerer, quergerunzelter Stiel, der Halstheil, und diesem der embryonale Blasenkörper, die Schwanzblase. Um den Blasenbandwurm genauer zu studiren, empfiehlt es sich, ihn aus seiner Kapsel zu nehmen und in laues Wasser zu legen. Hier contrahirt er sich in die mannigfaltigsten, zum Theil wellenförmigen Formen, Meist zeigen sich auch Kalkpartikel in der Wand als Zeichen beginnender Verkalkung.

Auch kann man, wenn die Exstirpation vermieden werden soll, mit der Pravaz'schen Spritze die Flüssigkeit aus der Blase ziehen, in welcher sich nicht selten einzelne Hakenkränze nachweisen lassen.

Differential-Diagnose.

Die Cysticerken können, wie sich dies zum Theil schon aus dem Vorigen ergibt, mit Tumoren jeglicher Art verwechselt werden, so mit Fibrom, Molluscum, Atherom, Condylom subcutaneum, Neurom, Enchondrom, Carcinom, mit syphilitischen Lymphdrüsen, syphilitischen Sclerosen und Gummata. Wenn entzündliche Erscheinungen hinzutreten, täuschen die Finnen auch Furunkeln und Abscesse vor.

Guermonprez und Delbeau z. B. hielten den Cysticercus für ein Atherom, Delore und Bonhomme für ein Fibrom, Hempel für ein Enchondrom, Giamattei für Lipom, Werther für ein Neurom. Bei dem Kranken Grewert's nahm

man ein Carcinom an, und machte eine umfangreiche Operation. Im Falle Dolbeau's wurde Lupusknoten angenommen und ebenfalls operativ eingegriffen. Bei circa 12—15 Kranken Lafitte's, Fischer's, Westphal's, Karewski's, von Graefe's, Hacker's etc. wurden Abscesse und Phlegmonen, ja selbst Spina ventosa vorgetäuscht.

Bei Stich's Kranken wurden, wie schon erwähnt, Gichtknoten diagnosticirt. Wharton publicirte seinen Fall unter dem Titel „De glandulis corporis". Dolores gesteht, dass er Finnen für syphilitische Lymphdrüsen gehalten. Der Tumor des Kranken Amici's zwischen den Lamellen des Präputiums zeigte das Aussehen und namentlich die Härte einer Sclerose. Auch Broca glaubte eine „production syphilitique" in seinem Falle vor sich zu haben. Die Verwechslung mit Gummata haben wir schon bei dem 1669 von Wharton beschriebenen Falle erwähnt. Aehnliche Täuschungen wurden publicirt von Griesinger, Kessen und Küchenmeister. Ich habe ebenfalls eine Anzahl solcher Fälle zu verzeichnen und es waren nicht unbedeutende Aerzte, welche solchen Täuschungen unterlagen. Die Verwechslung ist aber, wie kaum noch betont zu werden braucht, nicht allein für die Therapie, sondern auch deshalb von grosser Bedeutung, als die gleichzeitig durch Finnen im Gehirn erzeugten Erscheinungen, wie wir zeigen werden, fälschlich auch für syphilitisch gehalten worden sind. Der Wichtigkeit der Materie halber führe ich hier nur zwei meiner Kranken an, auf die übrigen werde ich später noch näher eingehen.

1. Der 38j. Kaufmann N. N., von sehr kräftiger Constitution, hatte sich, bis auf mehrmalige Gonorrhöen, stets einer guten Gesundheit erfreut. Seit 2 Jahren litt er an Ekzem. Von seinem Hausarzte in D. wurde er mit verschiedenen Salben und innerlich mit Arsen behandelt, jedoch ohne Erfolg. Deshalb reiste er nach Dresden zum Dr. N. N. Schon auf der Reise dorthin stellte sich eine geringe Augenentzündung ein. Der neue Arzt entdeckte beim Kranken mehrere Tumoren auf dem Rücken, unterhalb des rechten Schulterblattes und auf dem linken Oberschenkel, welche er für Gummata hielt. Die Ophthalmie, das Ekzem, die noch bestehende Gonorrhoea chronica wurden namentlich unter Berücksichtigung der „Gummata" sämmtlich für Symptome der Lues erklärt und mit einer Schmiercur von 4 Wochen behandelt. Das Ekzem verschlimmerte sich, der Tripper nahm nicht ab, die Geschwülste blieben stationär. Jodkalium in steigender Dosis mehrere Monate lang gebraucht, brachte keine Heilung.

Ein anderer Arzt verordnete Pillen von Quecksilberjodür und örtlich Theereinreibungen. Das Ekzem schwand, der Ausfluss aus der Harnröhre minderte sich, aber die Tumoren blieben hartnäckig; Jodkalium bis zu 15·0 auf 200 blieb auch ohne Erfolg. Im März 1876 kam der Kranke zu mir. Das Ekzem war nur noch sehr gering, Gonorrhoe nicht mehr vorhanden, ebenso die Augenentzündung. Die Tumoren wurden als Cysticerken durch Excision erkannt. Von Syphilis aber wurde keine Spur aufgefunden.

2. Ein 28jähr. Tischler, aus gesunder Familie, wurde vor 2 Jahren inficirt. Die Sclerose am Penis wurde local behandelt, das nachher entstehende Exanthem mit Quecksilber-Jodür. Wegen eines Recidivs machte er 5 Wochen lang eine Schmiercur durch. Bald darauf bemerkte er „Geschwülste an sich“ und erhielt von dem consultirten Arzte ¼ Jahr hindurch Jodkalium in steigender Dosis. Da die „Geschwülste sich mehrten und vergrösserten“, kam er auf meine Poliklinik in der Charité. Wir constatirten neben einer leichten syphilitischen Laryngitis 12 Tumoren und zwar 3 auf dem rechten Pectoralis major, 4 auf dem rechten Oberschenkel, 5 auf beiden Armen. Die Diagnose auf Cysticercus wurde durch die Exstirpation bestätigt.

Trotz der angegebenen differential-diagnostischen Criterien können aber Fälle vorkommen, bei welchen eine sichere Entscheidung nicht möglich ist. Dies zeigt sich namentlich bei solch tieferen Sitze des Blasenbandwurmes, dass eine palpable Untersuchung nicht hinreichend Ausschlag gebend ist. Ein Beispiel möge dies zeigen:

Frau O., 32 Jahre alt, sehr kräftig, wurde von ihrem Manne inficirt. Nach „Blasen“ an den grossen Schamlippen entstand ein maculo-papulöses Exanthem. Bei der von mir vorgenommenen Untersuchung fand ich syphilitische Erosionen an den grossen und kleinen Schamlippen, sowie an den Tonsillen. Nach 30 Injectionen von Sublimat waren die Erscheinungen geschwunden. Nach einem Jahre kehrte sie zu mir zurück. Es hatten sich auf beiden Armen haselnussgrosse Geschwülste gebildet, die ich mit Berücksichtigung der anamnestischen Momente für gummös hielt. Wiederum erhielt die Kranke Sublimat-Injectionen und zwar 24. Die Tumoren wurden kleiner, dafür entstand aber bald darauf ein neuer, der anfangs linsengross, allmälig über bohnengross wurde. Eine neue Cur und grosse Gaben von Jodkalium hatten keinen Erfolg, es entstanden sogar mehrere linsengrosse neue Tumoren auf den Armen und auf der rechten Wade. Die Tumoren sassen so tief in der Haut

und schienen den Muskeln so zu inseriren, dass sie weder prominirten über das Niveau der Haut, noch in ihrer Beschaffenheit, Glätte der Oberfläche und namentlich in ihrer Consistenz genau zu beurtheilen waren. Aus einem Tumor zog ich mittelst Pravaz'scher Spritze etwas Flüssigkeit, Hakenkranze konnte ich darin nicht finden. Eine weitere Beobachtung steht bei der Rückkehr der Kranken von ihrer Reise bevor. Vielleicht entschliesst sie sich zur Exstirpation einer Geschwulst, was sie bis jetzt abgelehnt hat.

Wenn nicht mehrere Beispiele solcher bisweilen schwerwiegender diagnostischer Irrthümer in der Literatur existiren, so deutet dies keineswegs auf die factische Seltenheit derselben hin, sondern beweist nur, dass diese Irrthümer nicht aufgedeckt worden sind. Wäre dies der Fall, so würde es sich zeigen, dass in einer grossen Zahl von Fällen Cysticercus für Tumoren anderer Gattung gehalten und dementsprechend falsch behandelt wurde. So wird von den gediegensten Syphilidologen eine relativ grossse Anzahl von Gummata hervorgehoben, welche trotz sehr langen Gebrauches von Hydrargyrum und Jodkalium nicht schwinden wollten. Ein französicher Autor referirt, dass er einen solchen Kranken sogar 3 Jahre lang einer solchen Cur ohne Wirkung unterworfen habe. Wie nahe liegt hier der Verdacht des von mir gerügten diagnostischen Irrthums! Auch Hebra erwähnt in seinem Berichte über 80.000 Hautkranke keinen Fall von Cysticercus — und wie viel sind und möchten wohl darunter gewesen sein? Ja in seinem grossen schönen Werke über Dermatologie wird der Parasit mit keinem Worte erwähnt. [1]) Dasselbe galt von allen Lehrbüchern der Hautkrankheiten bis zu meiner Arbeit im Jahre 1875. Nach dieser Zeit wird zwar der Cysticercus angeführt, aber nur unvollständig und mit vielen irrigen Angaben. Auch die Handbücher der

[1]) Der mögliche Einwurf, dass z. B. in Wien der Cysticercus nicht oder äusserst selten vorkomme, wird durch Rokitansky's (Bd. II, p. 230, 415, 424, 474) Aeusserung widerlegt, dass er die Finnen zuweilen in wuchernder Menge in der Haut vorgefunden habe. Ausserdem hat Becker und Heidelberg während seiner mehrjährigen Wiener Thätigkeit 5mal und Fuchs auf der Arlt'schen Klinik 3mal Cysticerken im Auge beobachtet. (Schiff. Arch. f. Syph. u. Dermat. 1879 p. 275.)

pathologischen Anatomie vernachlässigen diesen Parasit, während sie anderen, unbedeutenderen grössere Aufmerksamkeit widmen.

Ich führe für meine Ansicht noch an, dass auch andere Autoren sich derselben anschliessen. Schiff in Wien sagt, „dass unter dem grossen Materiale von multipeln Tumoren, welches den Wiener Beobachtern seit Jahrzehnten zur Verfügung steht, doch eine Verwechslung beim Stellen der Dinge mit unterlaufen sein muss“. Aehnlich lässt sich Engel [1]) in Prag aus: Vergleicht mit dem Befunde von Cysticercen in inneren Organen die Reihe von Fällen, bei denen bisher die klinische Diagnose auf Finnen in einem innern Organ gestellt wurde, so ergibt sich ein auffallender Gegensatz.

Aber auch für die Diagnose und Therapie der Krankheiten innerer Organe ist der Nachweis der Cysticerken in der Haut oft von entscheidender Bedeutung. In nicht ganz seltenen Fällen ist nämlich nicht allein die Haut von der Finne befallen, sondern auch viscerale Organe. Hier kann sie Erscheinungen und Symptomengruppen mannigfachster Art hervorrufen, die aber auf andere und zwar sehr verschiedene Ursachen bezogen werden können.

Die Erkennung und Aufklärung wird aber vorzüglich durch den Nachweis einer gleichzeitig in der Haut vorhandenen und aufgefundenen Finne mit mehr oder weniger Sicherheit oder wenigstens mit hoher Wahrscheinlichkeit geliefert. Dieser Ausspruch wird erhärtet durch eine, bis jetzt zwar noch winzige Casuistik, in welcher die Diagnose z. B. von Gehirn-Cysticerken auf diesem Wege ermöglicht wurde. Noch mehr fallen die Fälle ins Gewicht, in welchen die post mortem in visceralen Organen aufgefundenen Würmer hätten diagnosticirt werden können, wenn man die Haut gewissenhaft untersucht hätte.

Ich hebe nur ein Paar bezügliche Beispiele aus einer grösseren, hierher gehörenden Anzahl hervor:

Himly [2]) fand bei der Section eines Kranken viele Finnen in Gehirn und Lungen. Als er darauf die Haut untersuchte, zeigten sich

---

[1]) Engel. Prager med. Wochenschr. 1888 p. 10.

[2]) Himly. Journ. d. pract. Heilkd. 1809. Bd. 29 p. 115.

noch viele Hundert linsengrosse auf Brust und Bauch, die auch im Leben hätten aufgefunden werden können.

Stich[1]) entdeckte bei der Autopsie 1. eines Gefangenen, der an Kopfschmerz, Neigung zum Schlafe und Zittern der Muskeln bei Bewegung gelitten hatte und bei dem eine Diagnose intra vitam nicht gestellt werden konnte, eine Anzahl Finnen im Gehirn und in der Haut, 2. bei der Autopsie eines jungen kräftigen Dienstmädchens, das an Herzstichen, Kopfschmerz, Luftmangel etc. gelitten hatte, und deren Diagnose unklar war, Finnen in vielen inneren Organen und in der Haut.

Onimus[2]) fand bei der Section eines 32jähr. Mannes, dessen Krankheit als Meningitis erklärt worden war, zahlreiche Gehirn- und Haut-Cysticercen.

Paulicki[3]) fand bei der Section eines Kranken, „dessen Krankheit nicht diagnosticirt werden konnte", viele Cysticerken im Gehirn und in der Haut; dass „die Diagnose der letzteren im Leben leicht möglich gewesen", gibt der Autor selber zu.

G. Giammattei. Cisticerchi multipli. Il Morgagni 1888. I. Eine 60jähr. Frau war wegen eines grossen Lipoms des Nackens aufgenommen. Auf Zungenrücken eine Cyste. Anämie mit psychischen Störungen, welche mit einer abgelaufenen Pellagra in Verbindung gebracht wurden. Fieber. Tod. Section: In Herz und Hirn, vor allem im Kleinhirn 200 Cysticercen. Desgleichen zahlreiche in der Intercostal-Musculatur, in der übrigen Muskulatur etwa 1000 Finnen. In der Cyste der Zunge gleichfalls Cysticerken.

Gehen wir zunächst auf das Gehirn ein, so ist oben nachgewiesen, dass der Parasit sehr häufig hier vorhanden ist. Virchow fand denselben, wenn auch nur ausnahmsweise in 6%. Die Finne kann hier zwar solitär sein, doch findet sich meist eine grössere Anzahl vor. Uebersehe ich die von mir gesammelte Casuistik von 120 Fällen, so finden sich

in 40 Fällen 1—3 Blasen,
„ 50—60 „ 5—6 „
„ 15—30 „ eine sehr grosse Anzahl, selbst über 50.

Alle Versuche, ohne Nachweis der Finnen in der Haut oder im Auge nur aus einer bestimmten Symptomengruppe die Gehirn-Cysticercen zu constatiren, führen zu keinem hinreichend sicheren Resultat. „Eine generelle Beantwortung der Frage nach Bedeutung der Finnen für die Gehirnfunction ist nicht zulässig" sagt Virchow sehr zutreffend. Die Zahl der Cy-

---

1) Stich, l. c. p. 200.
2) Onimus. Gaz. des hôp.
3) Paulicki. Memorabilien XIV. 1809.

sticerken, ihre Grösse, ihre Beschaffenheit d. h. ob sie noch activ bewegungsfähig oder schon verkalkt waren, der gleichzeitige Sitz an verschiedenen Stellen, die Grösse der Thiere, die Dignität der befallenen Hirntheile etc. etc. bedingen eine solche Mannigfaltigkeit der Phänomene, dass ein constantes, einheitliches Bild nicht resultirt. Dazu kommt noch, dass die von den Parasiten erzeugten pathologischen Veränderungen äusserst mannigfaltig sein können. Trübung der Hornhaut, Verwachsungen der Arachnoidea mit der Dura, Verdickungen des Ependyms, Compressionszustände, Atrophie, Erweichung, Eiterung, Hydrocephalus, ausgedehnte Pachymeningitis, chron. Meningitis und Oedem, capillare und grössere Blutungen etc. können sich einstellen. Mit Recht sagt Cruveilhier in Bezug auf die Diagnose Je ne connais rien de positif à cet egard.

Dennoch hat es Griesinger versucht, Criterien zur Diagnose von Hirncysticerken aufzustellen. Es kamen ihm nämlich innerhalb kurzer Zeit zwei Fälle von eigenthümlichen Gehirnkranken vor. Der erste starb schon nach zwei Stunden und bei der Section wurden Finnen im Gehirn gefunden. Gestützt auf seine hierbei gemachten Beobachtungen stellte Griesinger bei dem zweiten Kranken die Wahrscheinlichkeits-Diagnose auf Finnen im Gehirn, welche durch die Section bestätigt wurde. Weitere Studien über ähnliche Befunde von 56 publicirten Sectionen veranlassten ihn nun zur Aufstellung der Kriterien. Er ordnete die Casuistik in fünf Hauptabtheilungen. Die erste umfasste fünf Fälle, welche symptomenlos verliefen; die zweite hatte zwölf Fälle, bei denen Epilepsie das überwiegende Leiden gewesen war. Die dritte Kategorie umfasste sechs Fälle von Epilepsie mit psychischen Störungen (Geisteskrankheiten); die vierte betraf 22 Fälle psychischer Störungen von meist chronischer Dauer, ohne Epilepsie; die fünfte endlich hatte 13 Fälle, in welchen Hirnreizung und Torpor vorwaltete.

Am Schlusse seiner Arbeit gesteht jedoch Griesinger zu, dass erst „äusserlich auffindbare Cysticerken die Wahrscheinlichkeit fast zur völligen Gewissheit erheben".

Merkwürdig bleibt es indessen, dass es diesem Praktiker nie gelang, einen Cysticercus in der Haut aufzufinden.

Nach Griesinger war es Küchenmeister (l. c. p. 127 u. f.), welcher gestützt auf eine Zusammenstellung von 159 Fällen publicirter Gehirnfinnen eine Kritik der von Griesinger aufgestellten Thesen versuchte und diese vielfach modificirte.

Ich selbst habe nach Küchenmeister noch eine grössere Zahl von Fällen in der Literatur aufgefunden, die ich im zweiten Theile dieser Arbeit näher angeben werde. Gestützt auf diese sowie auf meine eigene Erfahrungen erlaube ich mir diagnostische Anhaltspunkte, aber nur für solche Encephalopathien aufzustellen, bei welchen zugleich Finnen in der Haut oder im Auge nachgewiesen sind. Diese Kriterien sind:

1. Der Mangel an einer Symptomengruppe, welche bekannte andere Gehirnkrankheiten charakterisirt.

2. Ausschluss von hereditärer nervöser Belastung, von Trauma, Syphilis und Tuberculose sowie von Erkrankung des Herzens und der Gefässe.

3. Vorhandensein vorzüglich von epileptoiden und epileptischen Anfällen bei zuvor gesunden, nicht an erblicher Disposition leidenden Personen, namentlich wenn diese Anfälle anfangs unbedeutend sind, sich aber schnell qualitativ und quantitativ steigern, sich mit schweren Hirnsymptomen combiniren und selbst zum Tode führen.

4. Geistesstörung mit dem Charakter der Verworrenheit und Depression bei zunehmender physischer Schwäche Kopfschmerz, Schwindel und Lähmungen.

5. Nachweis einer früher oder noch jetzt vorhandenen Taenia beim Kranken oder seiner Umgebung. Auch die etwaige Gewohnheit des Kranken, rohes Fleisch zu geniessen, ist zu beachten, ebenso der Beruf des Kranken, ob er Fleischer ist, oder sonst mit rohem Fleisch zu thun hat.

6. Untersuchung des auf Stauungspapille, die natürlich auch durch andere Ursache als Finnen verursacht sein kann.

Griesinger will auch das Alter des Kranken berücksichtigt wissen, weil solche selten über 40 Jahre alt sein sollen.

Dass aber dieses nicht der Fall, zeigt nicht allein die Casuistik meiner Fälle, sondern auch das Factum, dass selbst bei jungen Kindern Gehirnfinnen aufgefunden worden sind. Ob, wie einzelne Autoren meinen, das männliche Geschlecht besonders befallen wird, lasse ich unentschieden.

Betrachten wir die Casuistik der Fälle, in welchen der Cysticercus in der Haut wirklich aufgefunden und als eine relativ sichere Handhabe zur Deutung der gleichzeitig durch diese Finnen erzeugten Gehirnkrankheit angesehen werden musste, so weist die Literatur nur sehr wenig Fälle auf.

Ich glaube wohl der Erste gewesen zu sein, welcher in solche Diagnose intra vitam stellte, welche durch die Section bestätigt wurde.[1])

Der bezügliche Fall ist folgender:

Der 47jähr. Arbeiter K. S. wurde am 6. Juli 1875 auf die Gefangenabtheilung [2]) der Charité aufgenommen. Der kräftige, aus gesunder Familie stammende Kranke litt an leichter Pleuritis, die nach 5 Wochen noch nicht geheilt war. Da seine Haftzeit inzwischen abgelaufen war, sollte er auf eine andere Abtheilung der Charité transportirt werden. Vor seiner Entlassung untersuchte ich ihn noch einmal und fand 5 Tumoren, 2 auf der Brust, 2 auf dem rechten Oberarm und 1 in der rechten Submaxillargegend, wo sie sehr schwer von den daselbst angeschwollenen Drüsen zu unterscheiden war. Die Excision bestätigte meine Vermuthung. Auf mehrmaliges Befragen nach etwaigen anderen Erkrankungen gab Pat. endlich an, schon seit 4 Jahren mehrere Anfälle von Epilepsie gehabt zu haben. Nach Erwägung aller vorher die Diagnose auf Gehirnfinnen führenden Kriterien stellte ich die Wahrscheinlichkeits-Diagnose auf Gehirn-Cysticerken. Auf der Abtheilung Fraentzel's, wohin der Kranke transportirt war, erlag derselbe nach mehrwöchentlichem Aufenthalte einem Schlaganfall. Die Section ergab eine Anzahl Cysticerken meist im Anfang der vorderen Centralwindung der rechten Hemisphäre des Grosshirns.

Stabsarzt Arndt stellte folgenden Fall aus der Klinik Senator's in der Gesellschaft der Charité-Aerzte mit der Diagnose auf Gehirn-Finnen.

---

[1]) Küchenmeister (Die Parasiten. 2. Aufl., p. 132) behauptet, dass er und Griesinger vor mir den diagnostischen Werth der palpallen Cysticerken gewürdigt hätten. Die Verdienste Griesinger's habe ich hervorgehoben, doch nirgends einen Fall gefunden, in welchem K. den Blasenbandwurm im Gehirn intra vitam diagnosticirt hätte. K. hätte ihn doch citiren müssen.

[2]) Die Abtheilung, auf welche Gefangene, mit Krankheiten jeglicher Art behaftet, gebracht werden, war bis zum Jahre 1863 Virchow unterstellt. Seit dieser Zeit verwalte ich sie als dirigirender Arzt.

F. G., Kutscher, 44 Jahre alt. Seit einem Jahre alle Leiden der Lungenschwindsucht, zur Zeit tuberculose Affection beider Lungen. Im Sputum Tuberkel-Bacillen. Zeitweise Uebelkeit und Erbrechen. An 10 Stellen finden sich unter der Haut haselnussgrosse kuglige, harte Geschwülste, die bei der Exstirpation als Cysticerken erkannt werden. Der Augenhintergrund ist normal. F. G. hat früher an Bandwürmern gelitten; auf Befragen erzählt er, dass er bewusstlos vom Kutscherbock gefallen sei. Nachdem sich eine Haemaptoë eingestellt hatte, starb der Kranke am 23. December 1892. Section: Phthisis pulmonum; Atrophia granularis renum, Cysticerci telae subcutaneae regionis umbilicalis et cerebri. Im Gehirn fand sich am hintern Ende des Balkens in den dritten Ventrikel hineinragend eine cystische Geschwulst, auch im vorderen Ende des Thalamus opticus wird ein Cysticercus constatirt.

Die Fälle, in welchen nach Auffinden der Hautfinnen und unter Berücksichtigung aller oben angegebenen Kriterien eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf gleichzeitig vorhandene Hirnfinnen von mir und Anderen gestellt worden ist, sind, so weit ich die Literatur verfolgen konnte, folgende:

Dumreicher.[1]) Ein 25jähr. Tischler hatte einen Tumor in der rechten vorderen Temporalgegend von der Grösse und Gestalt einer gequollenen Erbse. Die Oberfläche war sehr glatt, die Consistenz mässig derb. Nach einem Einschnitt in die Haut zeigte der ausgelöste Balg einen Cysticercus cell. Der Kranke gab an, dass ihm die Geschwulst etwa vor 4 Jahren zuerst aufgefallen sei, dass sie von da gleichmässig gewachsen und seit mehreren Monaten stationär geblieben. Seit der Zeit leidet er häufig an Kopfschmerz und Schlaflosigkeit. Seine Angaben zeugten übrigens von geistiger Beschränktheit. Abnorme Erscheinungen im Bereiche der sensibeln und motorischen Nerven waren nicht zu constatiren. „Es lässt sich mit einer gewissen Berechtigung vermuthen, dass es sich nächstbei um einen Cysticercus cerebri handelt.“

Broca stellte in der Société de chirurgie 23. Feb. 1876 folgenden Kranken vor:

27jähr. Fleischer, bis dahin gesund, fiel vor 3 Jahren bewusstlos vom Bock. Seitdem litt er an Gliederschmerzen, allgemeiner Schwäche, Kopfschmerz, Schwindel, Ohrensausen, Gesichtsstörungen. Später trat ein Schlaganfall mit Fieber, zunehmendem aber intermittirendem Kopfschmerz und Schwere der Zunge auf. Hauttumoren wurden von ihm selbst bemerkt. Aufgenommen ins Hopital des Cliniques stellte Broca die Diagnose auf C. Eine neue Attaque trat ein, wobei aber Pat. nicht umfiel. Der Patient hatte früher Taenia gehabt und verlor auch noch jetzt nach Kousso viele Proglottiden. Gegen 400 Cysticerken wurden in der Haut nachge-

[1]) Wiener med. Presse. 1872 p. 425.

wiesen, namentlich auf der Brust, Rücken, Schultern, Extremitäten und Diaphragma.

Gerhardt[1]) hat in der Berliner Gesellschaft der Charité-Aerzte einen Kranken demonstrirt, bei dem er die Diagnose auf Gehirn-Cysticerken intra vitam stellte. Ein 51jähr. Arbeiter wurde am 11. December 1887 in völlig verwirrtem Zustande auf die Abtheilung aufgenommen. Die Anamnese ergab, dass derselbe mehrere Monate vor seiner jetzigen Erkrankung einige Male an drei aufeinander folgenden Tagen Krampfanfälle der rechten Körperseite, Arm und Bein betreffend, gehabt hatte. Im November erkrankte er mit Stechen auf der Brust und Schüttelfrost. Bei seiner Aufnahme war er völlig verwirrt, delirirte mehrere Tage heftig. Die körperliche Untersuchung ergab eine in Lösung begriffene Pneumonie des rechten Unterlappens. Nach Ablauf der heftigen Erregung war der Kranke zwar klar, zeigte aber noch ein eigenthümlich mürrisches und verschlossenes Wesen. Auf dem Rücken des Patienten wurde ein Cysticercus exstirpirt. Gleiche Knötchen unter der Haut fanden sich noch in der einen Ellenbogenbeuge und im linken Glutaeus. Aus der Combination dieser Erscheinungen: Krampfanfall der rechten Körperseite, Verwirrtheit im Anschluss an eine Pneumonie, nachher einsilbiges mürrisches Wesen, Nachweis von Hautcysticerken, liess sich die Diagnose auf Cysticercus cerebri stellen. Die Aetiologie ist unklar geblieben.

In derselben Sitzung berichtet Oppenheim über zwei Fälle, in welchen auch aus den Haut-Cysticercen die Diagnose auf Cysticercus cerebri gestellt wurde. In dem einen Falle waren Krämpfe mit dem Charakter der corticalen Epilepsie, in dem anderen mehr allgemeine Krämpfe vorhanden. Ein dritter Fall bot das Bild eines Hirntumors; die Section ergab Cysticercus. — Die Fälle sind bis jetzt nicht in extenso publicirt.

Schiff. „Ein Fall von Cysticercus cellulosae cutaneus". (Vierteljahrsschr. für Dermat. und Syphil. 1879, p. 275.) Patient, ein 26jähr. kräftiger Mann, hat in seinem 10. Jahre Typhus durchgemacht. Seitdem litt er an heftigem Tremor, vor allem der oberen Extremitäten. Vor einem Jahre bemerkte er einen kleinen Tumor am vorderen Rande des rechten Musculus pectoralis major. Seitdem entstand eine ganze Anzahl solcher Geschwülste unter der Haut, im subcutanen Fettgewebe und zwischen den einzelnen Muskelfasern. Die Diagnose Cysticercus wurde durch die Exstirpation der Tumoren bestätigt. Seit dem Auftreten der Tumoren leidet der Kranke an Kopfschmerzen, Uebelkeit und epileptiformen, mit tonischen und klonischen Krämpfen und mit Bewusstlosigkeit einhergehenden Anfällen, die nicht selten durch starken Schwindel und heftiges Aufblitzen vor den Augen (aura epileptica) eingeleitet werden.

Kahler-Engel (Prager med. Wochenschr. 1888). 23jähr. Dienstmagd. Seit 3 Jahren Anfälle von Kopfschmerzen. Beiderseitige Stauungspapille. Ueber 100 kleine, harte Geschwülste im Unterhautzellgewebe des

---

[1]) Berl. klin. Wochenschr. 1888. Nr. 20. p. 403.

Stammes und der oberen Extremitäten, deren Natur durch Exstirpation einer Geschwulst als Cysticercus erwiesen wurde. Die Diagnose wurde auf Hirncysticerken gestellt.

Wecker in Paris. (v. Graefe Saemisch. Handb. der ges. Augenheilk. Bd. IV, J. 13; Prager med. Wochenschr. 1888 p. 12.)

27jähr. Mann. Seit 18 Mon. Kopfschmerz und Schwindel, Schmerzen und Abgeschlagenheit in den Gliedern, epileptoide Anfälle mit Bewusstlosigkeit. Plötzlich kurz anhaltende Aphasie. Bandwurmglieder mehrmals abgegangen. Seit einiger Zeit flammende Lichterscheinungen mit pfeifendem Geräusch auf dem l. Ohre. Beiderseits Stauungspapille. Auf der l. Papille ein kleiner apoplektischer Herd. Der ganze Körper mit Ausnahme des Gesichtes und der Hände mit erbsengrossen Tumoren wie übersäet. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde auf Cysticerken im Gehirn gestellt. Den Augenbestand erklärte W. als beginnende Neuritis.

Engel (Prager med. Wochenschr. 1888 p. 11). Fall von Cysticerken der Haut, Gehirns und Milz.

22jähr. Magd leidet an heftigem Kopfschmerz, Uebelkeit und Erbrechen und Arbeitsunfähigkeit. Der Beginn ist Ameisenlaufen in der l. untern Extremität, Verbreitung der Parästhesie auf die l. obere Extremität, zunehmender Kopfschmerz. Bewusstlosigkeit, Krämpfe nicht vorhanden. Auf dem Körper gegen 100 Cysticerken und zwar auf dem Kopfe, am Halse, Rücken, Oberschüsselbeingrube, in den Mm. sterno cleido mastoides und Scatenus pectorales, biceps triceps. Die Exstirpation wies die Cysticerken nach. Gleichzeitig beiderseitige Stauungspapille. Milz stark vergrössert. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde von Gussenbauer auf Finnen im Gehirn und Milz gestellt.

Meine eigenen Fälle, in welchen ich nach Auffinden von Hautfinnen und unter Berücksichtigung aller oben angegebenen diagnostischen Kriterien eine an Sicherheit grenzende Diagnose auf Hirnfinnen stellte, sind folgende:

1. Ein 22j. Strassenfeger, auf meine Klinik 1875 Sept. recipirt, hatte vier Tumoren, drei davon sassen in der Nähe der rechten Brustwarze, der vierte auf dem r. Glutaeus. Der Kranke, der vor mehreren Jahren Syphilis acquirirt hatte, war sowohl bei der Initialerkrankung als auch bei zwei Recidiven mit Quecksilber und Jodkalium behandelt worden. 1876 liess er sich wegen eines Brustkatarrhs in ein hiesiges Krankenhaus aufnehmen, wo er, da man die Tumoren auffand, einer fünfwöchentlichen Schmiercur unterworfen wurde — natürlich ohne Erfolg. Später consultirte er Dr. X., der ihn einer Zittmann'schen Cur unterzog und besonders streng auf Enthaltung von Fleisch und anderen kräftigen Nahrungsmitteln hielt — ohne einen anderen Erfolg als Verlust von Kräften. Ziemlich abgemagert kam der Patient zu mir. Die bisher für Gummata gehaltenen Geschwülste entleerten bei der Punktion eine seröse Flüssigkeit in der sich die für Finnen charakteristischen Hakenkränze befanden. Die gleichzeitig vorhandenen Cerebral-Erscheinungen, welche ich von Gehirnblasenwürmern erzeugt annahm, waren: Eigenthümlicher Kopfschmerz, welcher Morgens

mit dem Gefühle von Steifheit im Nacken, Kopf und Augenlidern begann, worauf ein Dröhnen im Kopfe folgte. Dies steigerte sich bis zum Gefühle, „als wenn eine Dampfmaschine daher brause“.

2. Frau S., 52 Jahre alt, Arbeiterin, consultirt im September 1877 Senator. Sie klagt über Herzklopfen, Angstgefühl, Kopfschmerz. Bei einer früheren Behandlung war sie für neurasthenisch erklärt worden. S. fand bei Percussion der Brust in der rechten Regio infra clavicularis eine Geschwulst, welche er als Cysticercus ansah. Er war so freundlich mir die Kranke zuzusenden. Ich fand ausser dem erwähnten Tumor noch mehrere dergleichen am Körper, so zwei am Abdomen rechts vom Nabel, und drei am rechten Oberarm nahe der Ellenbogenbeuge. Ein ausgeschnittener Cysticercus bestätigte die schon von Senator gestellte Diagnose. Beide waren wir der Meinung, dass höchst wahrscheinlich der Kopfschmerz und das Angstgefühl auf Gehirncysticercen zu deuten sei, ja dass nicht ausgeschlossen wäre, dass dies auch bei der Herzaffection der Fall sein könne. Patientin litt ausserdem an einer Panophthalmie des linken Auges; ob auch diese auf einer Finne beruhe, konnte durch den Augenspiegel, wie überhaupt in solchen vorgeschrittenen Fällen, nicht festgestellt werden. Dass solche Augenkrankheit in Folge von Cysticerken auftritt, lehrt die Geschichte der Augenheilkunde.

Erwähnen will ich noch, dass bei dieser Kranken eine Locomotion des einen Cysticercus vorgekommen zu sein schien. Auf diesen Punkt will ich im zweiten Theile dieser Arbeit zurückkommen.

3. Der 37jähr. kräftige Schuhmacher N. N., aus gesunder Familie, zog sich vor 5 Jahren eine Sclerose zu, der eine Roseola folgte. Er wurde auf meiner Abtheilung mittelst subcutaner Sublimat-Injection behandelt. Vor 4 Jahren wurde dieselbe Cur wegen Psoriasis palmaris et plantaris wiederholt. Vor ca. 2 Jahren bemerkte er Geschwülste am Körper, welche der behandelnde Arzt für syphilitische Tumoren erklärte und mit Jodkalium in steigender Dosis behandelte. Da kein Erfolg erzielt wurde, musste Patient 6 Wochen, ebenfalls erfolglos, schmieren. Im Jahre 1891 consultirte er uns. Ich fand gegen 200, durch Exstirpation als solche nachgewiesene Cysticerken von Erbsen- bis doppelter Bohnen-Grösse. Auf Befragen wegen sonstiger Leiden erklärte der Kranke, seit circa $1\frac{1}{2}$ Jahren öfters mitten in seiner Arbeit bewusstlos umgefallen zu sein. Sein Meister hätte die während des Anfalles zusammengeballten Hände immer auseinander gerissen, wodurch er wieder zum Bewusstsein gekommen sei. Ein consultirter Arzt erklärte die Krämpfe für Epilepsie.

Zu bemerken ist noch der ophthalmoskopische Befund beiderseitigen Stauungs-Papille.

4. H. W., eine 54jähr. Frau, welche drei gesunde Kinder geboren hat, ist bis vor 3 Jahren immer gesund gewesen, als sich plötzlich beim lebhaften Sprechen in einer Gesellschaft eine solche Schwäche des rechten Armes bei ihr bemerklich machte, dass sie die ihr vorgesetzte Tasse Kaffee nur mit äusserster Anstrengung an ihren Mund bringen konnte. Zu

dieser Schwäche, die noch etwas zunahm, kam Sprachstörung, „so dass sie nur langsam sprechen und schwere Wörter kaum noch aussprechen konnte“. Der damals zugezogene Arzt soll zu ihrem Manne von einem leichten Schlaganfall gesprochen haben. Die Leiden schwanden allmälig nach innerer Medicin und einer Kissinger Cur. Jedoch schon im nächsten Jahre, 1871, bemerkte man — wiederum plötzlich — ein auffallendes Schielen, zu dem sich, besonders Nachts, rechtsseitiger Kopfschmerz gesellte. Dieselben Curen wie vorher wurden durchgemacht, und ihr Erfolg war insofern günstig, als das Schielen schwand und der Kopfschmerz schwächer wurde, obwohl er nun den ganzen Kopf einnahm. Alsbald trat aber ein neues Leiden auf. Es zeigten sich nämlich im linken Fusse Schmerzen, zu denen sich nach zwei Monaten eine Lähmung gesellte, so dass die Kranke nur mit Krücken gehen konnte. Im Juli 1875 consultirte Patientin Frerichs. Die von ihm vorgenommene Untersuchung ergab normale Beschaffenheit aller visceralen Organe, auch im Auge wurde von einem Special-Arzte nichts Krankes constatirt. Aber auf der Brust wurden mehrere überbohnengrosse Tumoren gefunden, welche möglicher Weise als Gummata erklärt werden konnten. Von überstandener Lues wusste jedoch die Kranke Nichts. Der Ehemann dagegen wollte zwei Jahre vor der Ehe eine Schmiercur wegen eines harten Schankers durchgemacht haben. Frerichs übergab mir die weitere Untersuchung des Mannes und der Frau auf Syphilis. Diese ergab nicht den geringsten Anhalt für diese Krankheit. Nach Erwägung der anamnestischen Momente konnte ich den Ausspruch thun, dass der frühere „harte Schanker“ des Mannes nur ein weicher gewesen sei. Die Geschwülste auf der rechten Brust der Frau zeigten aber alle Charaktere von Cysticerken. Auch Frerichs überzeugte sich von dieser Diagnose und Beide waren wir der Ansicht, dass auch die vom Gehirne ausgehenden Erscheinungen auf Cysticerken zurückzuführen seien. — Bandwurm je gehabt zu haben erinnerte sich die Kranke nicht, auch nicht in Bezug auf ihre Umgebung. Patientin ist im vorigen Jahre verstorben, doch hat Section nicht stattgefunden.

5. Der 47jähr. Kaufmann L. W., von zarter Constitution, aus gesunder Familie, hat schon in seiner frühen Jugend mehrmals Gonorrhoe gehabt. Einmal gesellte sich zum Tripper Epididymitis, das letzte Mal, vor 7 Jahren, Gelenkrheuma, welches ihn 2 Monat ans Bett fesselte. Knie und Hände sollen besonders befallen gewesen sein. Noch jetzt ist der rechte Ring- und Zeigefinger ankylotisch. Vor 2½ Jahr fielen ihm einige „Knoten“ am Körper auf, deren wegen er einen Arzt aufsuchte. Dieser erklärte die Knoten für Gummata, verordnete Jodkalium und, da keine Besserung eintrat, Pillen und später eine Sassaparillen Cur. Der Erfolg war Schwächung des Körpers, aber keine Heilung der Knoten, ja es schien, als wenn diese noch grösser geworden seien. Seit einem halben Jahre traten zeitweise Ohnmachten und epileptische Anfälle auf; ausserdem fühlte Patient auf der Strasse „ein eignes Gefühl von Angst und Furcht umzufallen“. „Ich eilte dann in einen Hausflur und setzte mich wie ohnmächtig auf die Treppe. Namentlich wenn ein Wagen rasch bei

mir vorbeifährt, kommen solche Anfälle. Gleichzeitig fängt dann mein Herz an angstvoll und schnell zu schlagen. Des Nachts habe ich oft ein krampfhaftes Ziehen im Hinterkopfe.“ Die Untersuchung des Kranken ergab nichts Krankhaftes, ausser 5 Tumoren auf der Brust und dem rechten Oberarm, welche sich nach Exstirpation als Cysticerken erwiesen. Bandwurm will der Patient nie bemerkt haben. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab starke Röthung der auffallend prominirenden und verwaschenen rechten Papillae nervi optici, Arterien etwas, mehr die Venen erweitert.

6. K., 29 Jahre alt, Sattler, war 31. März 1892 wegen Gonorrhoe recipirt. Bei Untersuchung des Körpers wurden gegen 16 Geschwülste aufgefunden, die von mir als Cysticerken erkannt wurden. Die Diagnose wurde durch Excision erhärtet. Die Parasiten sassen an verschiedenen Stellen des Thorax, des Abdomen, der oberen und unteren Extremitäten und zwar jeder einzelne vom anderen entfernt, keiner nahe dem andern. Gleichzeitig klagte der Kranke über vielerlei Beschwerden. Um ein Bild von diesen zu geben, führe ich die eigenen niedergeschriebenen Worte des ziemlich intelligenten Kranken an: „1886—1887 verlor ich nach verschiedenen Curen eine ganze Zahl Bandwurmglieder und habe seitdem keine der früheren Beschwerden. Seit September 1890 leide ich an Kopfschmerzen, Benommenheit, Gedächtnissschwäche, Druck und Schwindelgefühl, so dass ich meine Beschäftigung aufgeben musste. Ich ging in beinahe sämmtliche Polikliniken von Berlin und wurde für neurasthenisch erklärt und mit vielen Medicinen, bes. Bromkali und Bromnatrium, später mit Antipyrin und Phenacetin behandelt, wurde elektrisirt, bekam Bäder und kalte Abreibungen. Dabei verschlimmerte sich mein Leiden immer mehr und gestaltet sich augenblicklich folgender Massen. Will ich z. B. ein Handwerkzeug nehmen, welches vor mir auf dem Tische liegt, so werde ich in dem Momente, wo ich mich umdrehe, derart verwirrt, dass ich mich erst eine Zeitlang wieder besinnen muss, ehe ich dasselbe vollführe. Ebenso werde ich ganz verwirrt, wenn ich schnell gehe. Wenn mich Jemand anspricht, bin ich so befangen, dass ich nicht gleich eine Antwort geben kann. Die freie Luft bewirkt Schwindelgefühl. Zum Briefschreiben brauche ich 4mal so viel Zeit wie früher. Sprechen gibt Schwäche im Kopf. Zuweilen, besonders beim Treppensteigen habe ich starke Stiche im Gehirn, so dass ich stets einen Gehirnschlag befürchte. Ich bin auch nicht ein Viertel soviel Mann wie früher. Für mancherlei andere Leiden weiss ich keinen Ausdruck“ etc. Patient wurde in der medicinischen Gesellschaft vorgestellt und meine Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Gehirnfinnen fand keinen Widerspruch.

7. Ich führe noch folgenden Fall an, weil die beim Kranken vorhandenen Erscheinungen auch wahrscheinlich durch Cysticercus verursacht sind.

Der 28jähr. Oekonom, von kräftiger Constitution, hatte sich vor 4 Jahren ein Genitalgeschwür zugezogen, welches unter localer Behandlung heilte. Seit 2 Jahren bemerke er Geschwülste am Körper; der consultirte Arzt erklärte die Tumoren für Gummata und verordnete eine

combinirte Kur von Jodkalium und Inunctionen, welche ohne Erfolg fünf Wochen durchgeführt wurde. Ein neu hinzugezogener Arzt erklärte die Tumoren für Balggeschwülste. Später suchte Patient meine Hilfe wegen eines vermeintlich syphilitischen Pharynx-Catarrhes auf. Dieser erwies sich als rein catarrhalischer Natur. Auch sonst fand ich keine syphilitischen Erscheinungen. Weiter klagte Patient über starke Kopfschmerzen und asthmatische Anfälle, welche nicht in regelmässigen Intervallen auftraten, ohne dass atmosphärische oder andere Einflüsse einzuwirken schienen. Die Anfälle begannen Morgens unter Röthung des Gesichts, Herzklopfen und Beklemmung, welche Symptome sich allmälig steigerten, indem die Athemzüge flacher und häufiger wurden. Plötzlich, wie der Anfall gekommen, schwand er auch. Die Untersuchung sämmtlicher Organe, namentlich des Larynx, der Bronchien, der Lungen und des Herzens ergab keine Abnormität; dagegen sassen auf dem Rücken zerstreut erbsen- bis über doppeltbohnengrosse Tumoren, sechs auf dem Ober- und Vorderarme, einer auf der Stirnmitte. Die Diagnose auf Cysticercus wurde durch Exstirpation bestätigt. Der Verdacht, dass die Gehirn- und asthmatischen Beschwerden durch visceral sitzende Finnen erzeugt, war zwar nicht von der Hand zu weisen, liess sich aber zu wenig sicher begründen.

Es versteht sich wohl von selbst, dass ein Cysticercus im Auge von gleicher diagnostischer Wichtigkeit für complicirte Gehirn-Erscheinungen ist, als ein Parasit in der Haut. v. Graefe scheint der Erste gewesen zu sein, welcher solche Diagnose stellte. Ein 40j. Mann wurde vor 8 Jahren von einem Gehirnleiden befallen, welches sich durch vereinzelte epileptiforme Anfälle und ein permanentes Taumelgefühl charakterisirte. Dieses letzteren wegen versichert Patient zwei Jahre nicht im Stande gewesen zu sein auf der Strasse allein zu gehen. Nach dieser Zeit verloren sich die Symptome und Patient war 5 Jahre hindurch völlig gesund, als er von der Sehstörung heimgesucht wurde, deren Ursache ein Cysticercus im Auge war. Bei dem zweiten Falle blieb die Annahme eines Cysticercus nur eine Wahrscheinlichkeits-Diagnose. Patient stand in den Zwanzigern, hatte seit einem Jahre in längeren Intervallen epileptische Anfälle gehabt (wegen deren bereits Griesinger den Verdacht auf Gehirncysticerken geschöpft) und erst seit 4 Monaten eine Sehstörung bemerkt, die sich vorwaltend durch „eine dunkle, im oberen Theile des Gesichtsfeldes schwebende grosse Kugel kundgab. Die Contur erinnerte an eine Cysticercusblase.

Im dritten Falle „war die „Succession“ zwischen den Augenbeschwerden und der Encephalopathie eine umgekehrte“.

„Die Kranke, eine Vierzigerin, war vor 4 Jahren wegen einer rechtsseitigen Sehstörung bei mir (v. Graefe) gewesen. Ein Cysticercus hatte die Netzhaut durchbrochen. Patientin wollte meinen Operations-Vorschlag nicht annehmen.

In diesem Sommer sah ich sie wieder, das Auge phthisisch, bei der Betastung kaum mehr empfindlich, was es bis zum letzten Herbste im hohen Grade gewesen sein soll. Seit einem Jahre waren in Intervallen von 1—2 Monaten epileptoide Anfälle eingetreten, zwischen denselben auch Schwindel-Anfälle und rasch vorübergehende Bewusstlosigkeit.

Nebenbei erwähnt v. Graefe, dass auch eine Patientin Jacobson's (Arch. f. Ophthalmol. XI. 2, p. 147) an cephalischen Zuständen, denen allemal bewusstlose folgten, gelitten habe. Er setzt hinzu: „Der Verdacht präexistirender Gehirn-Cysticerken würde somit, bei Ausschluss anderer Ursachen, sehr nahe liegen."

Auch Pollak [1]) hat aus dem Augenbefund Gehirncysticerken intra vitam bei einem 8jährigen Knaben diagnosticirt, welcher ausser an den durch eine Augenfinne erzeugten Beschwerden an Kopfschmerz und Erbrechen litt.

---

[1]) Pollak. Wiener Presse. 1878 p. 78.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel XII.

1. Kopf mit 5 Saugnäpfen. (Möllenberg.)
2. Cysticercus in der Haut liegend, die durch Schnitt eröffnet ist.
3. Cysticercus mit Schwanzblase und zum Theil ausgestülptem Kopfe.
4. Eier des C., aufgehellt.
5. Eier des C. in kaum durchsichtiger Schale.
6. Ei mit primitiver Dotterhaut.
7. Embryo.
8. Ei aus der Kapsel austretend.
9. Kopf mit zwei sichtbaren Saugnäpfen und Hakenkranz.
10. Einzelne reife Glieder mit Eiern und seitwärts sich öffnendem Geschlechtskanal.

Finden sich in den als leprafrei bekannten Landstrichen Frankreichs, insbesondere im Norden und in Paris, Spuren der alten Lepra?

Von

Prof. **Henri Leloir** in Lille.

(Schluss.)

In den Jahren 1885 und 1886 hielt ich an der medicinischen Facultät zu Lille zwei Vorträge über vier Fälle einer unbenannten Affection, welche der Lepra nervorum oder der Lepra mixta glichen, und welche ich mit dem Namen lepröse Trophoneurosen bezeichnete.

Der erste Fall bezieht sich auf einen Mann von 52 Jahren der im höchsten Grade Erscheinungen zeigte, welche in frappanter Weise denen der Lepra nervorum glichen; auf der einen Seite Ausbildung einer Klauenhand, auf der anderen eine solche Verstümmelung der Hand, dass diese der Tatze einer grönländischen Robbe glich (wie ich das bei Vamellsen, als ich in Norwegen die Lepra studirte, sah). Verunstaltung und Verstümmelung der Füsse, Anästhesie der Extremitäten; leichte Verdickung der Cubitalnerven, neuralgiforme Schmerzen in den Gliedern, Bildung von Pemphigusblasen im Bereiche der Extremitäten, malum perforans pedis.

Dieser Kranke, in der Umgebung von Cambrai geboren, hatte niemals die nördliche Gegend verlassen (Département du Nord des Ardennes Belgiques).

Hier folgt übrigens dieser Fall:

Fall II.

Lepröse Trophoneurose.

56jähriger Landwirth, in der Umgebung von Cambrai geboren, hat das Département du Nord niemals verlassen und hat nur in den benachbarten Departements und in Belgien gereist. Ist niemals Soldat gewesen.

Nichts besonderes in seinen hereditären Verhältnissen. Keine Syphilis durchgemacht, kein Potator.

War bis zu seinem 32. Jahre stets gesund. Um diese Zeit litt er an heftigen Schmerzen in den oberen und unteren Extremitäten, welche Schmerzen er einer heftigen Erkühlung, die er 1862 durchmachte, zuschrieb; sie hielten ungefähr 1 Jahr an. Um diese Zeit, also 1863, bemerkte er auf dem Dorsum manus das Auftreten von Blasen, welche nach seiner Beschreibung wirkliche Pemphigusblasen gewesen zu sein scheinen. Diese Blasen, welche er zuerst einer Verbrennung zuschrieb (er sah später, dass das nicht so war), hinterliessen an einigen Stellen, besonders im Bereiche des Vorderarmes und der Beine, oberflächliche, glatte, weisse, von einem pigmentirten Hofe umgebene Narben.

In dieser Zeit des Auftretens der Blasen im Bereiche der Beine und Füsse, also einige Monate nach dem Auftreten der ersten Blasen auf den oberen Extremitäten, bemerkte der Kranke das erstemal, dass die Sensibilität seiner Hände und Füsse beträchtlich abgenommen hatte.

1865 war diese Sensibilität so sehr abgestumpft, dass es ihm öfters passirte, dass er sich in die Finger stach oder schnitt, ohne es zu fühlen, und mit nackten Füssen auf spitzigen Steinen marschirte, ohne den geringsten Schmerz zu empfinden.

Trotzdem persistirten die neuralgiformen Schmerzen in den Gliedern, und 1868 constatirte er, dass seine Hände abmagerten, und dass an der rechten Fusssohle eine Art Geschwür entstanden war. Diese Ulceration war nach der Beschreibung des Kranken nichts anderes als ein Malum perforans pedis.

Damals consultirte er einen Arzt, der die Diagnose Rheumatismus machte und ihm verschiedene Medicamente und Pomaden, übrigens ohne irgend einen Erfolg verordnete.

1873 constatirte er, dass seine rechte Hand immer difformer werde, einer Klaue gleiche und abmagere. Zur selben Zeit bemerkte er, dass die

Zehen des rechten Fusses sich zu verkürzen beginnen. Es entstehen zuerst Verkürzungen der Phalangen, dann treten Ulcerationen auf, welche den Verlust mehrerer Zehen herbeiführen, und das Malum perforans, das im Bereiche der Articulatio metatarso-phalangea der grossen Zehe sich befindet, wird grösser.

1879 fällt die grosse Zehe ab und er amputirt eigenhändig, wie er sagt, „ein kleines herabhängendes Stückchen derselben“ mit einem stumpfen Messer.

Ebenso entstanden 1879 die Verstümmelungen der linken Hand und schritten immer weiter fort.

Dass diese Verstümmelungen der linken Hand nur in Folge Bildung von Geschwüren entstanden, dürfte nicht richtig sein. Immerhin steht es fest, dass im Bereiche der Dorsalfläche der Finger der linken Hand Geschwüre entstanden, welche nach seiner Aussage nach und nach die Knochen entblössten.

Gleichzeitig griffen die Zerstörungen, welche 1879 seine Hand zu einem unförmlichen Stummel verwandelt hatten, immer weiter um sich.

1880 nahmen die neuralgiformen Schmerzen der Glieder an Intensität ab; da sie aber 1882 mit erneuerter Intensität losbrachen, consultirte mich Patient 1884.

Status praesens: Mai 1884.

Patient ist gross, aber blass und abgemagert, Gesichtszüge normal, ebenso die Augenlider. Wimpern sind nicht vorhanden, aber er behauptet, nie welche gehabt zu haben.

Vollkommene Anästhesie der beiden oberen Extremitäten, von der Mitte der Vorderarme beginnend; sie ist so vollkommen, dass man mit einer Nadel die Haut vollkommen durchbohren kann, ohne dass es der Kranke merkt.

Eine leichte Verdickung der Cubitalnerven oberhalb des Ellbogens besonders links.

Ausser dem Vorhandensein vou pigmentfreien und leicht narbigen, von einer braunen Zone umsäumten Flecken von der Grösse eines halben Centimestückes, welche sich, ungefähr 20 an der Zahl, über die Vorderarme und Beine zerstreut finden, constatirt man noch im Bereiche der rechten Planta unterhalb des Köpfchens des ersten Metatarsus ein Malum perforans von der Grösse eines 1Frankstückes, 1 Cm. ungefähr tief und umgeben von einem stark verhornten Epidermiskranze.

Der rechte Fuss ist verstümmelt, seiner grossen Zehe beraubt, während die übrigen Zehen verschwunden oder zu unförmlichen Stümpfen zusammengeschrumpft sind; so gleicht dieser Fuss dem gewisser Lepröser.

Die Zehen des linken Fusses sind im Gegentheil in Krallen umgewandelt, wie in manchen Fällen von Lepra nervorum deformans. Die rechte Hand ist in höherem Grade als in gewissen Fällen von Lepra nervorum deformans verunstaltet und in eine Klauenhand umgewandelt.

Die linke Hand ist vollkommen verstümmelt. Die Finger sind zu unförmlichen, mit rudimentären Nägeln theils versehenen, theils nicht versehenen Stümpfen zusammengeschrumpft; sie sind verkürzt; kurz diese so verstümmelte Hand erinnert ausserordentlich an die gewisser Lepröser, welche an Lepra nervorum mutilans leiden, wie man das sehr gut an vorliegender Photographie erkennen kann.

December 1884 kam der Kranke zurück, um mir ein Malum perforans im Bereiche der plantaren Fläche der Articulatio metatarso-phalangea der linken kleinen Zehe zu zeigen.

Ich constatire gleichzeitig an der dorsalen Fläche dieses Fusses das Vorhandensein von 2 Pemphigusblasen, welche vollkommen dem Pemphigus leprosus, den ich soeben in Norwegen studirt hatte, ähneln.

Die zweite dieser Beobachtungen bezieht sich auf einen Drescher im Alter von 46 Jahren, der im Allgemeinen Krankenhause auf der Klinik meines Fachgenossen und Freundes Dr. Olivier, damals von meinem Collegen und Freunde, Prof. Dubar vertreten, verpflegt wurde.

Dieser Kranke bot im höchsten Grade die Erscheinungen der Lepra nervorum dar; pigmentirte und pigmentfreie Flecke mit Anästhesie im Bereiche derselben, Klauenhände mit Atrophie der Muskeln des Thenar und Antithenar, Verunstaltung der Füsse und Verstümmelung der Zehen, vollkommen dem Fussstummel gleichend, wie man ihn bei Leprösen findet; Atrophie der Muskeln der oberen und unteren Extremitäten, Anästhesie der Extremitäten zugleich mit einigen Stellen von Hyperästhesie; Pemphigusblasen; Geschwüre, Malum perforans pedis, Ichthyosis der Haut der Beine; heftige Neuralgien in den Gliedern; leichter Grad von Alopecia palpebralis, leichte Verdickung der Cubitalnerven.

Den Eiter von einem der Hautulcera des Kranken und ein kleines Hautstückchen vom Rande einer Ulceration habe ich der histologischen Untersuchung unterzogen, ohne etwas charakteristisches zu finden. Ich habe 2 Bacillen, welche die histochemische Reaction des Leprabacillus gaben und seinen Charakteren ziemlich entsprachen, gefunden, während es doch bekannt ist, wie zahlreich im Allgemeinen die Bacillen im leprösen Gewebe sind. Ich lege dieser Untersuchung wenig Werth bei.

Der Patient, in der Umgebung von Bergues geboren, ist niemals Soldat gewesen und hat das französische Flandern niemals verlassen.

Fall III.

Lepröse Trophoneurose.

Felix, 46jähriger Drescher, eingetreten am 15. März 1885 in die Abtheilung Olivier's, vertreten von Dubar, allgemeines Krankenhaus, Saal Sct. Johann, Nr. 17.

Hereditäre Verhältnisse: Nichts besonderes zu bemerken. Kein Glied der Familie hat an ähnlichen Affectionen gelitten.

Der Vater, im Alter von 85 Jahren gestorben, soll an Ekzemen der unteren Extremitäten und Oedemen der Beine gelitten haben; niemals sollen aber die Nägel der Zehen abgefallen sein.

Persönliche Verhältnisse: Bei Bergues geboren, ist er niemals Soldat gewesen, hat Frankreich niemals verlassen; im 20. Lebensjahre hat er eine Krankheit, deren Natur er nicht genau angeben kann und welche 6 Wochen gedauert hat (fièvre maligne), durchgemacht.

Verheiratet, Vater von 2 Mädchen und 2 Knaben, welche stets gesund waren. Vor 6 Jahren hatte unser Patient die Füsse erfroren, ohne Geschwüre, ohne Excoriation, im allgemeinen ohne besondere Bedeutung.

Seit jeher hat er an Fussschweiss gelitten; ausserdem gibt er eine beträchtliche Hyperasthesie der Plantae an, welche ihn oft zwang, nach der Feldarbeit sich nach Hause tragen zu lassen. Er leidet sehr viel an Callosituten der Füsse und an Hühneraugen.

Den Beginn seiner Erkrankung verlegt er auf die Zeit vor 2 Jahren. Zuerst bemerkt er, dass die plantae beim Stehen schmerzhafter wurden, und dass er nach Verlauf einiger Zeit nur sehr schwer gehen konnte.

Unser Patient ist ein Flamländer und kann uns nur sehr kurze Auskünfte über die Entwicklung der Affectionen und Deformationen geben, welche wir jetzt constatiren; übrigens gesteht er selbst, dass er sich sehr schlecht beobachtet. Die Verunstaltungen der Füsse sind früher aufgetreten als die der Hände; vor letzteren traten die über die Haut zerstreuten Flecke auf.

Genauere Angaben zu machen, ist Patient ausser Stande.

Nie liess sich unser Patient ernstlich behandeln; nur verschiedene Salben applicirte er auf die Füsse.

Nach seinem vor $2\frac{1}{2}$ Monaten erfolgten Eintritt ins allgemeine Krankenhaus entwickelte sich in kurzer Zeit im Bereiche des Kreuzbeines ein Schorf, der eine leichte Tendenz zur Vernarbung zeigt.

Status praesens vom 22. Mai 1885.

Patient blass, von gelblicher, kachektischer Hautfarbe, das Gesicht ein wenig abgemagert.

Auf den seitlichen Partien des Halses, besonders links und hinter dem rechten Ohre finden sich reichliche Flecken, welche an die pigmentirten und pigmentfreien Stellen bei Vitiligo oder gewisse pigmentfreie

und stärker pigmentirte Flecken bei Lepra cutanea erinnern. Im Bereiche dieser Flecken constatirt man eine leichte Anästhesie, und zwar nur im centralen, pigmentfreien Antheile der Flecke.

Bemerkenswerth ist die auffallend helle, weisse Farbe der Haut des Stammes, vom Halse angefangen herunter bis zu den Nates. Man würde sagen, dass in diesem Bereiche die Haut pigmentfrei ist; die Haut der oberen Extremitäten im Gegentheile zeigt von den Handgelenken angefangen einen gewissen Grad von Hyperpigmentirung, welche besonders im Bereiche der Dorsalfläche der Hand bis zu den Interdigitalfalten ausgesprochen ist, während im Bereiche der zwei letzten Phalangen die Haut wieder pigmentfrei wird.

Ausserdem findet man auf der Dorsalfläche der Hände eine wahre Marmorirung, erzeugt durch ein Durcheinander von pigmentfreien und von pigmentirten Flecken; auch hier besteht im Bereiche der pigmentlosen Stellen ein gewisser Grad von Anästhesie.

Ausserdem findet man noch einige weisse, von einer pigmentirten Zone umgebene Flecken von der Grösse eines 20Centimesstückes zerstreut in den Flanken und in ihrem Bereiche einen leichten Grad von Anästhesie.

Am Stamme und den oberen Extremitäten findet sich eine dicke Fettschichte, welche die Magerkeit des Kranken und die Atrophie der darunterliegenden Muskeln verbirgt.

Athrophie der Muskeln des Thenar und Antithenar besonders rechts.

Die Finger sind ein wenig schmal und klauenartig, im Bereiche des Gelenkes der 2. und 3. Phalange wie bei gewissen leprösen Deformationen zurückgebogen. Sie sind blass, weiss und der Kranke scheint von Zeit zu Zeit in denselben Erscheinungen der localen Anämie zu zeigen. Anästhesie der Hände und der Vorderarme. Verdickung der Cubitalnerven oberhalb der Ellenbogen.

Die Muskeln der unteren Extremitäten sind atrophisch. An den Beinen und Füssen sind harte Oedeme vorhanden, aber man muss die Veränderungen der rechten und der linken unteren Extremität gesondert betrachten.

Rechts findet man solche Verstümmelungen, dass der Fuss vollkommen gewissen, durch die Lepra nervorum verstümmelten Füssen gleicht. Der bedeutend verkürzte platte Fuss hat eher die Form eines Stössels.

Die kleine Zehe ist von einem fleischfarbenen Schilde bedeckt, hat aber die Form nicht geändert.

Die 4. Zehe wird nur von einem kleinen Stumpfe, der aus der letzten Phalanx und ihrem Nagel besteht, repräsentirt; dieser kleine Stumpf schliesst sich unmittelbar dem Metatarsus an.

Die dritte Zehe ist gesund.

Die 2. Zehe besteht aus einem Stumpfe, die letzte gespaltene Phalange ist mit einem hornigen Schilde bedeckt; dieser Stumpf scheint

direct auf dem Metatarsus aufzusitzen, als ob die dazwischenliegenden Phalangen vollständig resorbirt worden wären.

Die grosse Zehe ist vollständig verschwunden.

Vor 2 Jahren war sie so schwer erkrankt, dass ein Arzt sie amputiren musste. Trotzdem Patient nicht narcotisirt war, hat er doch nichts von der Operation gefühlt.

Das ganze Bein und der Fuss auf der dorsalen Fläche sind von einer Art Schuppen bedeckt, während die Planta pedis im Gegentheil eher eine bläuliche Farbe hat.

Im Bereiche des Fusses und des Beines ist eher Hyperästhesie als Anästhesie vorhanden.

In der hinteren Hälfte des 5. Metatarsus am Aussenrande des Fusses findet sich eine bläuliche Vorwölbung, nicht entzündlicher Natur, schmerzhaft, ähnlich denen, welche man bei manchen Leprösen im Beginne der Entstehung eines Malum perforans.

An der linken unteren Extremität constatirt man eine nur geringe Atrophie der Lendenmuskeln und ein mässig hartes Oedem des ganzen Beines und Fusses. Kleine Hornplättchen in Form der Ichtyose serpentine an der Vorderfläche des Beines.

In der Gegend der Achillessehne und der Aussenfläche des Beines finden sich oberflächliche, rothe Substanzverluste, welche an diejenigen erinnern, die man im Gefolge des Pemphigus leprosus auftreten sieht. Man findet zwei derselben von der Grösse eines 20Centimesstückes an der vorderen äusseren Fläche des Beines, 5—6 von der Grösse eines 50Centimesstückes, einen neben dem anderen, an der hinteren unteren Fläche des Beines.

Am Dorsum pedis löst sich die Epidermis in Form von Lamellen oder oberflächlichen Blasen, welche ausserordentlich an die Blasen des Pemphigus leprosus erinnern, ab.

Die 3., 4., 5. Zehe sind normal.

Die 2. Zehe ist verdickt, starr ödematös und trägt an der dorsalen inneren Fläche eine ein wenig nässende Wucherung.

Die grosse Zehe ist an der Basis verkürzt, an ihrem Ende wie weg geschmolzen, und hat ihren Nagel vollkommen verloren. Am Dorsum im Bereiche des hier normal vorkommenden Haarbüschels findet man eine röthlich-violette Hervorwölbung von der Grösse eines 1Frankstückes, glatt, gespannt, mit einer grossen Menge von Höhlungen versehen, aus denen eine seröse Flüssigkeit fliesst.

Der Fuss ist platt, die Epidermis der Ferse beträchtlich verdickt.

Incomplete Ankylose des linken Knies, während dasselbe unter einem rechten Winkel gebeugt ist.

Complete Ankylose des rechten Knies.

Die ganze linke untere Extremität ist anästhetisch; am Fusse findet man an einigen Punkten Hyperästhesie und totale Anästhesie.

An der rechten unteren Extremität finden sich Zonen von Anästhesie am Beine und Fusse.

Am Schenkel anästhetische Zonen mit hyperästhetischen abwechselnd.

Heftige Neuralgien und zuckende Schmerzen in den oberen und unteren Extremitäten.

Diese zuckenden Schmerzen sind nach dem Ausdrucke des Kranken fliegend. Sie kommen anfallsweise, um manchmal 5 Minuten zu dauern; sie sind manchmal so heftig, dass sie den Patienten aus dem Schlafe wecken oder ihn nicht schlafen lassen.

Kein Tic douloureux; Gesichtszüge normal.

Patient fröstelt beständig.

Schleimhäute normal.

Leichte Vergrösserung der Drüsen in Inguine beiderseits. Hoden normal.

Bulbi nicht verändert. Ein geringes Ausfallen der Cilien der unteren Lider.

Ohren normal, nur hört Patient seit ungefähr 20 Jahren weniger deutlich.

Eingeweide normal. Harn- und Kothentleerung normal. Harn zeigt keine abnormen Bestandtheile.

Potenz vermindert. Kein Atherom der Gefässe.

Die dritte dieser Beobachtungen bezieht sich auf einen 66jährigen Hirten, der am 1. Juli 1885 in meine Klinik (Hospital St. Sauveur) eintrat.

Dieser Kranke bot Veränderungen dar, welche an die der Lepra mixta erinnern: Deformation der Hand, Beginn der Verstümmelung derselben wie bei der Lepra nervorum; Tendenz zur Bildung von Ulcerationen, welche an das Malum perforans erinnern, im Bereiche der Hand; Elephantiasis der unteren Extremität, Verstümmelung des Fusses zu einem Stumpfe wie bei der Lepra mutilans, Ichthyosis der Haut, Malum perforans pedis; Pemphigusblasen mit Geschwüren, welche an die des Pemphigus leprosus erinnern, Anästhesie mit Hyperästhesie im Bereiche der Extremitäten, neuralgiforme Schmerzen in den Gliedern; im Bereiche der Stirn, Nasenwurzel, Augenbrauen und des linken Ellenbogens subepidermoidale Knoten, welche an Lepraknoten erinnern, multiple Narben auf dem Körper, auf den Corneae Makeln.

Bei der mikroskopischen Untersuchung eines Stückchens der Stirnknoten fand ich keine Leprabacillen, da ich nicht wage, 3 Bacillen, welche im Grossen und Ganzen an Leprabacillen erinnerten und die ich in der Nachbarschaft einer Talgdrüse

fand, diesen Namen zu geben, obwohl sie sehr deutlich die Ehrlich'sche Färbung annahmen.

Dieser Kranke, in Cogecques bei Fauquembergues (Pas de Calais) geboren, hatte weder Artois noch Flandern je verlassen.

Hier folgt übrigens dieser Fall.

Fall IV.

Trophoneurosis leprosa mutilans.

F... Karl, 66jähr. Hirt, in Cogecques bei Fauquembergues (Pas de Calais) geboren, tritt am 1. Juli 1881 in die Klinik Leloir's, Saal St. Anton, ein.

Patient hatte stets am Lande (Pas de Calais) gewohnt; erst seit 1 Jahre wohnt er in der Stadt.

Sehr lange Lebensdauer der Ascendenten; Vater starb im 81. Jahre, ohne je krank gewesen zu sein; ebenso starb die Mutter in hohem Alter; in der Familie waren 5 Kinder: 1 Bruder starb im 15. Lebensjahre an einer unbekannten Affection; eine Schwester starb nach einem Falle; ein Bruder und eine Schwester, die ihm blieben, sind ganz gesund.

Struma, Ausschläge, Rheumatismus kommen nicht vor in der Familie.

In seiner Jugend hat unser Kranker keine schwere Krankheit durchgemacht, nur hatte er sich im Alter von 6 Jahren einen Fuss erfrört; er kann sich nicht mehr erinnern, welchen.

Dieser Zwischenfall zog nur einen mehrtägigen Aufenthalt im Bette nach sich, keine sichtbaren Folgen. Im 10. Lebensjahre schwere Variola, deren Spuren man noch einzeln auf der Nase und den Wangen sieht; einige Pusteln, welche das linke untere Lid occupirt hatten, haben hier ein Ektropium erzeugt, welches seither besteht. Einige Zeit nachher Keratitis, von welcher die beiden punktförmigen Narben auf der linken Cornea herrühren.

Mit 14 Jahren beginnt unser Kranker in einer Papierfabrik zu arbeiten; im 21. Jahre fällt ein Holzstück auf seine rechte Hand und erzeugt im Bereiche der Articulation des Medius mit seinem Metacarpus eine Wunde, welche lange Zeit zur Verheilung brauchte und einen rothen, nicht schmerzhaften Fleck zurückliessen, auf dem sich Krusten, und nach Abfall derselben eine leichte Eiterung zeigten.

Möglicherweise hat die Art der Beschäftigung des Kranken, dessen Hände beständig in kaltes Wasser tauchten und mit irritirenden Substanzen, besonders Chlorwasser in Berührung waren, zur Persistenz und Vergrösserung der ersten Verletzung beigetragen. Der Kranke bemerkte, dass unter dem Einflusse der Ruhe die Geschwüre auf der Hand die Tendenz hatten, zu heilen. Im Alter von 23 Jahren verlässt er die

Fabrik, um Landarbeiter zu werden. Seine Gesundheit war stets eine gute.

Im Alter von ungefähr 30 Jahren erschien unter der Articulatio metatarso-phalangea hallucis ein rundes, nicht schmerzhaftes oder wenigstens sehr wenig empfindliches Geschwür, das dem Kranken erlaubte, Schuhwerk zu tragen und zu marschiren, es schloss sich manchmal theilweise, wurde krustig, öffnete sich wieder und eiterte ein wenig. Für das Erscheinen dieses Geschwüres liess sich kein Grund ausfindig machen; nach den Angaben des Patienten war es offenbar ein Malum perforans.

Patient heiratete mit 32 Jahren, er hat 6 Kinder gehabt, von denen zwei leben und gesund sind; 3 sind jung gestorben; das letzte wurde zur Zeit, aber todt geboren. Die Mutter starb 8 Tage darauf.

Die genaueste Untersuchung lässt bei unserem Kranken keine Syphilis constatiren; zu bemerken ist indessen, dass auf dem Gute, wo er arbeitete und nach der alten Sitte, die Mahlzeit der Arbeiter in einer grossen Schüssel servirt wurde, aus welcher alle gemeinsam assen.

Im 44. Jahre ungefähr eine Brustkrankheit, welche ihn für 1 Monat ans Bett fesselte.

Während dieser letzten Jahre und der folgenden, das heisst bis gegen das 55. Lebensjahr, änderte sich der Zustand des Patienten wenig; Hand und Fuss waren fast vollkommen beweglich noch, aber es fand sich schon die Hand fast in der ganzen gegenwärtigen Ausdehnung ergriffen; die Finger functionirten noch ein wenig, aber der Kranke constatirte, dass die Interdigitalfalte vorrückte und den Daumen, den 2. und 3. Finger zu verkürzen schien.

In seinem 55. Jahre wurde der Patient Hirt; er musste den ganzen Tag auf den Beinen sein, die Hände in der freien Luft, die Füsse oft schmerzhaft, starr vor Frost; in dieser Epoche wurden die erkrankten Stellen noch grösser; die Füsse erfroren ihm, und der kranke Fuss wurde da gross, hart und sehr schmerzhaft.

Vor 6 Jahren, in einem strengen Winter, bemerkte Patient, dass seine linke Augenbraue der Sitz von Krusten in kleinen knotigen Herden war, welche, gegen die andere Augenbraue vorschreitend, heilten, so dass sie im Bereiche der rechten Augenbraue eine leicht schuppende, scheinbar narbige Haut mit fast vollkommenem Fehlen von Haar zurückliessen. Dieses ausserordentlich langsame Fortschreiten hat die gegenwärtigen Veränderungen des rechten Augenbrauenbogens erzeugt.

Vor 3 Jahren erschien ein anderer kleiner, schuppender Herd am linken Olecranon.

Seit einem Jahre endlich hat der Kranke wegen der Schmerzen im Fusse und Beine jede Arbeit verlassen. Diese sehr lebhaften Schmerzen waren hauptsächlich blitzartige Schmerzen fast in der ganzen unteren Extremität. Dann übersiedelte er in die Stadt. Eines Morgens, als er sich erhob, hatte er ungeheuere Schmerzen und ohne irgend ein Trauma entstand eine heftige Blutung, welche nach seiner Angabe von der plan-

taren Fläche der rechten grossen Zehe stammte. In seinem Schrecken consultirte er Dr. Craill, der Umschläge mit einer nicht näher bekannten Flüssigkeit und Kohlenpulver verordnete.

Die Hand wurde nicht behandelt.

Das ist das erste und einzige Mal, dass unser Patient einen Arzt um Rath gefragt hat.

Nach dieser Behandlung liessen die Schmerzen nach, die Blutung stand, ohne dass sich das Aussehen des Fusses änderte. Die Hand schrumpfte endlich zusammen, verkürzte sich und wurde vollkommen deformirt.

Am 1. Juli tritt Patient ins Spital ein.

Status präsens: Für sein Alter gut erhaltener Mann, nicht anämisch, kein Alkoholismus, kein Rheumatismus, manchmal von leichten Hustenstössen befallen.

Auf dem Stamme, den Vorderarmen besonders links, an den Innenflächen der Schenkel, der Mehrzahl nach excoriirte Prurigoknötchen; intermittirendes Jucken; keine Scabies, keine Phthirii.

Hie und da verschiedene Narben, über deren Entstehung Patient nichts anzugeben weiss, oberflächlich, rund, von weisslicher Farbe, einige von einem leicht braun gefärbten Hofe umgeben. Trichterartige Einsenkung der unteren Hälfte des Sternum, wahrscheinlich durch den Hirtenstab, gegen welchen Patient beim Hüten der Schafe sich anstemmte, erzeugt.

An den unteren Extremitäten, besonders links (gesunde Seite) Varicen.

Einige Veränderungen, und zwar an der rechten Hand, dem rechten Fusse, dem rechten Augenbrauenbogen, dem linken Ellenbogen werden unsere Aufmerksamkeit ganz besonders fesseln.

Obere Extremitäten. Rechte Hand: Sie ist dick, ein wenig geschwollen; Finger verkürzt, ankylotisch, und in Klauen verwandelt durch ihre halbflektirte Stellung wie in gewissen Fällen von Lepra deformans durch die Retraction der Gewebe. Der 2. und der mittlere Finger berühren einander, fast ohne sich von einander entfernen zu können, so dass man glauben könnte, der Kranke hielte eine Cigarette zwischen den 2 Fingern (Daumen und Zeigefinger).

Alle Finger sind hart und verdickt; in diesem Bereiche nimmt die Haut fast das Aussehen wie bei Sclerodermie an; an der Fingerspitze adhärirt die Haut dem Knochen.

Der Daumen ist abgestutzt und von einem starken, dicken, trockenen, längs gerieften, langen, gekrümmten Nagel bedeckt; ausserdem sind alle Nägel gefaltet und zeigen die Tendenz der Länge nach zu bersten. Die Interdigitalspatia sind verkürzt, indem die Interdigitalfalten, bei ihrer Vergrösserung gegen die Fingerspitzen zu, die Finger wie die Schwimmhaut der Amphibien vereinigen.

Kurz, im ersten Augenblicke sieht diese Hand einer behandschuhten Hand ähnlich, deren Handschuh aber viel zu kurze Finger hat, während

er zugleich äusserst eng ist. Diese Finger sind halb gebeugt; der Zeigefinger und der Daumen sehen aus, als hielten sie eine Cigarette; die Hand lässt sich nicht ausbreiten und zeigt das Bild einer Klauenhand, wie die gewisser Lepröser, welche von Lepra nervosum befallen sind.

Die Palma manus ist fast vollkommen gesund, die Haut hat hier den normalen Charakter bewahrt, während die dorsale Fläche fast in ihrer ganzen Ausdehnung von einer glatten, glänzenden, ein wenig schuppenden und an gewissen Stellen weiss, an anderen Stellen rosa gefärbten und wie entzündet aussehenden Haut bedeckt ist. Auf diesem Grunde erscheinen schwärzliche, unregelmässige, in Reihen stehende Flecke, während auch andere kleinere, von der Grösse eines Stecknadelkopfes, oder etwas grösser sich auf dieser Haut, welche wie durchsichtig erscheint, befinden.

Endlich finden sich Erosionen und Geschwüre von der Grösse einer Linse bis zu der eines 2Frankstückes auf der Dorsalfläche des Medius, der Articulatio metacarpo-phalangea des Index, der inneren und äusseren Fläche des Daumens.

Alle diese Substanzverluste sind rosa gefärbt, oberflächlich, theilweise granulirend, hie und da im Centrum Punkte zeigend, wo der Substanzverlust tiefer geht und eine gelbliche Farbe, fast diphtheritischen Charakter annimmt. Diese in ihrer Begrenzung ziemlich unregelmässigen Substanzverluste erscheinen der Mehrzahl nach von einem etwas stärker verhornten Epidermiswalle umgeben. Sie erinnern etwas an manche dem Pemphigus leprosus folgende Ulcerationen.

An der äusseren Partie des Medius findet man eine tiefe Ulceration mit etwas stärker verhornten Rändern, stark Eiter secernirend, ohne Zusammenhang mit dem Knochen und ohne Entblössung desselben. Keiner dieser Substanzverluste ist schmerzhaft, sie heilen ziemlich leicht, um an einer anderen Stelle wieder aufzutreten, und haben so bei dem regelmässigen Weiterkriechen fast die ganze Dorsalfläche der Hand ergriffen, woraus dann offenbar die narbige Beschaffenheit der Haut der Dorsalfläche der Hand hervorging.

Im Bereiche der ganzen oberen Extremität ist die Sensibilität vermindert, und zwar ist die Anästhesie am deutlichsten ausgesprochen an der Hand. Ebenso neuralgische Schmerzen in den oberen Extremitäten, besonders rechts.

Die linke Hand ist gesund, doch bieten die Nägel das Aussehen von Binsemark dar.

Am linken Ellenbogen findet man einen kleinen Herd von Knötchen von bläulich-rother Farbe von der Grösse eines 5Frankstückes.

Im Centrum des Herdes finden sich runde grünlichweisse Schuppen, welche sich ziemlich leicht ablösen und so eine nur wenig excoriirte Haut blosslegen. Keine Schwellung der Achsellymphdrüsen.

Kopf. In der Nähe der Nasenwurzel auf dem rechten Augenbrauenbogen findet sich ein Herd von Knötchen, der in der Richtung der Augenbraue länglich geformt ist. Dieser an ein flächenhaft ausgebreitetes Lepra-

infiltrat erinnernde Herd hat eine bläulich-rothe Farbe, ist von Schuppen bedeckt, schmerzlos, leicht anästhetisch, wenn man mit einer Nadel in denselben sticht. Dieser schon lange Zeit (seit mindestens 6 Jahren) bestehende Herd hat die Tendenz sich auszubreiten; er hat an der linken Augenbraue begonnen und ist hier mit Hinterlassung einer leichten, schuppenden Narbe ausgeheilt. Die behaarte Haut ist normal, die cervicalen Lymphdrüsen sind leicht vergrössert.

Untere Extremitäten. Rechter Fuss. Vom unteren Drittel der Extremität angefangen bis zur Ferse ist das Volumen des Beines vermehrt, besonders ausgesprochen und deutlich in der Gegend der Malleolen; sie hängt theilweise wenigstens von der auffallenden Volumszunahme der Knochen, besonders der Malleolen ab. Der Vorderfuss bietet einen Anblick, den wir sogleich beschreiben werden.

Der untere Viertel des Unterschenkels und die Gegend der Malleolen hat eine bläulich-braune Farbe und ist hie und da pigmentirt. Ausserdem sind mehrere oberflächliche Narben von unregelmässigen Contouren noch vorhanden. Durch die Hypertrophie der Knochen sind die Bewegungen des Beines ein wenig gehemmt.

Der Vorderfuss zeigt in seiner vorderen Hälfte ganz merkwürdige Veränderungen, indem er, allgemein gesprochen, der Gestalt eines Kegels ähnlich, nach vorne zu schmäler wird, so dass die das Köpfchen des 1. mit dem des 5. Metatarsus verbindende Linie, welche links 10 Cm. misst, rechts nur 6 Cm. misst.

Im Bereiche der Zehen ist diese Verschmälerung noch viel deutlicher ausgesprochen, indem z. B. eine die Mitte der 5. mit der Mitte der 1. Zehe verbindende Linie, welche links 8 Cm. misst, rechts nur 4 bis 6 Cm. hat.

Nicht der Fuss allein im Bereiche der Metatarsi ist zu einem Conus verschmälert, sondern die Zehen vermehren diese Verschmälerung der Extremität noch durch die Verbildung, welche sie erlitten haben. In der That scheinen die Zehen comprimirt und gegen einander gedrängt zu sein, wodurch die 2. dorsal etwas vorspringt, während die 1. einen schmalen, beträchtlich verkürzten Klumpen ohne Nagel darstellt.

Ebenso ist die 2. Zehe nur ein formloser Stumpf, der ein wenig dorsal vorspringt, etwas verkürzt ist und einen schwarzen, linsengrossen Nagel in der Mitte trägt.

Die 3. und 4. Zehe sind an die 2. förmlich festgeklebt, so dass sie kaum getrennt werden können; sie selbst sind zu einer einzigen Masse, welche einen unförmlichen Klumpen, an dem die Grenze zwischen den beiden Zehen kaum angezeigt ist, verschmolzen; auf der dorsalen Fläche einer jeden dieser rudimentären, deformirten Zehen findet man ein Ueberbleibsel eines schwarzen Nagels von der Grösse eines Getreidekorns. Von der 5. Zehe existirt kaum eine Spur; dieselbe trägt an ihrem Ende einen schwarzen, missbildeten Nagel.

Der ganze Vorderfuss und die Zehen sind von einer Art schuppigem Schilde, ziemlich ähnlich dem, welches eine Lage von Collodium, auf der

erkrankten Stelle antrocknend, erzeugen würde. Diese pergamentartige Schale lässt sich leicht in grossen Epidermislamellen, die dem Pflanzenpergament oder getrockneter Goldschlägerhaut ziemlich ähneln, ablösen. Diese Veränderungen sind den von Leloir bei einem Kranken im Hospital St. Louis 1883 beobachteten analog.

Trotz dieser Auflagerungen constatirt man im Bereiche der Zehen sehr genau Geschwüre, welche an die oberflächlichen, entzündlich gerötheten Formen des Malum perforans erinnern; an der inneren Hälfte der Plantarfläche der 1. Zehe befindet sich eine solche Exulceration von der Grösse eines 20Centimesstückes. Eine andere, linsengrosse, auf der plantaren Fläche der 2. Zehe. Im Bereiche dieser Geschwüre totale Anästhesie.

Unter diesen grossen Lamellen findet man eine verdünnte, glatte und gespannte Epidermis von rosa Farbe mit einigen bläulichen Flecken, welche die capilläre Congestion der Haut anzeigen. An einigen unregelmässig über das Bein und das Dorsum pedis zerstreuten Stellen findet sich eine Herabsetzung der Sensibilität, während im Gegentheil an anderen Stellen Hyperästhesie vorhanden ist.

Die Sensibilität an der Planta ist deutlich herabgesetzt; im Bereiche der Ulcerationen an der Planta absolute Anästhesie. Neuralg. Schmerzen in der rechten unteren Extremität. Die linke untere Extremität ist gesund.

2. October. Beim Verbandwechsel hat man im Interstitium der 1. und 2. Zehe eine ziemlich unregelmässige, frische Ulceration bemerkt; dieselbe ist anästhetisch. Ebenso ist im Bereiche der Articulatio metatarso-phalangea eine Blase von Taubeneigrösse mit einer röthlichen Flüssigkeit gefüllt, entstanden (Pemphigusblase).

18. October. Die Pemphigusblase hat in ihrem Gefolge eine rothe Ulceration von der Grösse eines 1Frankstückes hinterlassen; sie erinnert an die Ulcerationen im Gefolge des Pemphigus leprosus.

1886, 16. Febr. In der Nachbarschaft der Blase vom 2. Oct. 1885 ist eine andere Pemphigusblase entstanden; der Entstehung gingen Prickeln und neuralgiforme Schmerzen voraus.

Die 5. Beobachtung bezieht sich auf eine Frau von 58 Jahren, welche durch meinen Collegen Dr. Hallez meiner Klinik zugeschickt wurde.

Diese Kranke bot der Lepra nervorum sehr ähnliche Veränderungen dar: Deformation der Hände und Füsse, wie bei manchen Fällen von Lepra nervorum, Hyperkeratosis der Planta, Ichthyosis, Elephantiasis der Beine, Muskelatrophien, Hyperästhesie der Haut, geringer Grad von Anästhesie der Extremitäten, neuralgiforme Schmerzen in den Gliedern.

Diese Patientin konnte ich seciren und Alterationen der Extremitätennerven constatiren.

Fall V.

Lepröse Trophoneurose.

H..., 58jähr. Haushälterin im Département du Nord geboren, wurde am 28. Juli 1886 auf die Klinik des Prof. Leloir geschickt.

Hereditäre Verhältnisse: Eltern beide an Cholera gestorben, bis dahin waren sie stets gesund gewesen. In der Familie waren 3 Kinder, welche stets gesund waren.

Die Kranke ist verheiratet und hat 8 Kinder gehabt, welche alle gestorben sind. Das älteste an Variola, das 2. an Croup, das 3. an Masern mit Complicationen, das 4. an Croup und Masern, das 5. an einer Pneumonie, das 7. und 8. sind zwar zur Zeit aber todt geboren worden.

Die Kranke selbst gibt an, früher nie krank gewesen zu sein, nur ist sie nervös und leidet an Migräne. Sie hat niemals gehustet, hat aber seit 4 oder 5 Wochen etwas Blut ausgeworfen und reichliche Nachtschweisse gehabt. Vor 13 Jahren einen Anfall von Rheumatismus.

In dieser Zeit wurde sie während der Menses von einem Wagen umgeworfen. Kurze Zeit darauf entstand eine Deformation der linken Hand, welcher Veränderung geringe Schmerzen im Handgelenk vorausgingen; um dieselbe Zeit ungefähr begannen die Finger der rechten Hand difform zu werden, dann wurden in kurzer Zeit die Füsse ergriffen.

Diesen Deformationen soll weder Hyperästhesie noch Anästhesie vorausgegangen sein, dagegen aber blitzartige Schmerzen.

Status praesens: Patientin vom kachektischen Aussehen mit gedunsenem Gesichte bietet den Anblick einer tuberculösen Person (3. Stadium) dar. Sie ist gelähmt; auf dem Rücken liegend, die Beine von einander, kann sie sich nicht bewegen. Die Kranke schläft wegen der Schmerzen, welche sie beständig plagen, nur sehr schlecht.

Sie ist appetitlos, die Expectoration ist reichlich, der Puls ist klein, fadenförmig, kein Gefässatherom. Prof. Hallez hat Zeichen von Endocarditis constatirt. Bei dieser Frau finden wir nun absolut symmetrische Deformationen der oberen und unteren Extremitäten.

Untere Extremitäten: Von vorneherein bieten die Füsse den Anblick der Füsse mancher Lepröser. Die Zehen sind von einander wie krampfhaft entfernt. Die 1. Phalange der grossen Zehe ist halb gebeugt, die letzte ist in forcirter Extension zur ersten. Die erste Phalange der 2. und 3. Zehe ist in leichter Extension, die 2. Phalange in halber Flexion, die dritte gegen die 2. leicht extendirt. Die 4. und 5. Zehe sind ganz in halber Extension, nur ist die 5. ziemlich stark gegen den äusseren Fussrand gezogen.

Alle Nägel sind ein wenig alterirt, verdünnt, leicht quergerieft, während der Nagel der grossen Zehe im Gegentheile, wie manche Nägel bei Ekzemen, längsgerieft erscheint. Der Fuss ist nicht platt und hat vielmehr seine normale Plantarconcavität beibehalten. Muskelatrophien sind

keine vorhanden, wohl aber eine allgemeine Abmagerung der Fussmusculatur.

Auf der Planta pedis (u. zw. in den vorderen Theilen und den Plantarflächen der Zehen) findet man breite Lamellen von verdickter, stark verhornter Epidermis. Diese übermässige Verhornung, welche der bei manchen Leprösen an den Füssen vorkommenden entspricht, ist um so überraschender, als sich Patient. der Füsse nicht bedient.

Die Haut des Dorsum beider Füsse, ebenso wie die der unteren $^3/_4$ der Unterschenkel bietet einen merkwürdigen Anblick dar. Diese Haut sieht im Allgemeinen wie gerunzelt aus und erinnert ziemlich deutlich an gewisse dünne Ledersorten, welche im Feuer gehärtet wurden. Sie ist durchzogen von im Allgemeinen nach der langen Achse der Extremitäten gerichteten Falten, welche ihrerseits wieder von querverlaufenden Falten geschnitten werden, so dass auf diese Weise warzenförmige Räume abgegrenzt werden; diese Beschaffenheit der Haut findet sich vor Allem auf dem Dorsum der Füsse und Zehen. Diese Falten sind von einander 1—2 Cm. entfernt.

Diese so gerunzelte Haut erscheint nicht bedeutend verdünnt, sie ist ein wenig, aber durchaus nicht vollkommen der Subcutis adhärirend, und diese selbst erscheint theilweise mit den Muskeln und dem darunterliegenden Bindegewebe verbunden.

Kurz, obwohl die verschiedenen weichen Gewebsschichten adhärenter als normal erscheinen und ihre Consistenz ein wenig vermehrt ist, finden wir doch durchaus nicht die absolute Fixation und Marmorhärte der Sclerodermie.

Die diese Theile bedeckende Epidermis schuppt etwas, ähnlich wie bei der Ichthyose serpentine. Dieses schlangenförmige Aussehen ist besonders im Bereiche der dorsalen Flächen der Zehen ausgesprochen.

Das rechte Knie erscheint leicht geschwellt, Patella etwas balottirend. Eine Beugung der Beine ist unmöglich. Vor einigen Jahren empfand Patientin Schmerzen und Knarren im rechten Knie, jetzt ist es ankylotisch (oder pseudo-ankylotisch wegen des Schmerzes) und zwar ist jede Bewegung fast vollkommen unmöglich. Das linke Knie zeigt dieselben Veränderungen, nur in geringerem Grade entwickelt.

Beträchtliche Hyperästhesie für Berührung ebensowohl als ganz besonders für Nadelstiche vom Knie herab bis zu den Zehen, anästhetische Partien auf der Planta; Hyperästhesie der tiefen Gewebe, wenn man das Bein in die volle Faust nimmt. Das Volumen der Unterschenkel contrastirt mit dem der Oberschenkel. Diese Volumsvermehrung ist von einem harten, Bindegewebe erzeugenden Oedeme abhängig, aber nicht von der Erhaltung der Musculatur, welche verschwunden ist, während die Musculatur des Oberschenkels vollkommen erhalten ist.

Obere Extremitäten. Die Hände zeigen beide im gleichen Masse eine Beschaffenheit, wie sie bei manchen Fällen von Lepra nervorum deformans vorkommt. Sie sind abgemagert und deformirt, die Musculatur

ist fast verschwunden (aber doch noch nicht ganz), besonders die des Thenar und Antithenar.

Die 3. Phalanx des Daumens ist gegen die 2. in forcirter Extension, so dass es in diesem Gelenke zu einer Subluxation gekommen ist. Der Zeige- und der Mittelfinger zeigen eine forcirte Extensionsstellung der 3. und 2. Phalanx gegen die erste; im Gelenke zwischen 1 und 2 besteht eine Subluxation. Aehnliche Verhältnisse zeigt der 4. Finger. Die kleinen Finger zeigen beiderseits eine Z-Form. Nirgendwo bemerkt man aber eine Zerstörung der Phalangen. Am Handrücken leichte Anästhesie.

Die Nägel zeigen kaum irgendwelche Verbildungen. Die Aponeurosis palmaris ist leicht verdickt.

Gesicht und Augen vollkommen normal, ebenso die Schleimhaut des Mundes und Pharynx.

Seit drei Jahren stehen die Zähne nach vorwärts wie die Zähne mancher Engländerinen. Sie stecken nicht mehr fest im Zahnfache, sondern lassen sich leicht hin und her bewegen.

Heftige neuralgische Schmerzen in den oberen und unteren Extremitäten. Der Kranke stirbt.

Bei der Autopsie habe ich einen gewissen Grad von Verdickung der Extremitätennerven constatirt, welche Verdickung, wie die histologische Untersuchung ergeben hat, bedingt ist durch einen mässigen Grad von Perineuritis. Diese Veränderungen an den Nerven waren besonders an dem Nervus tibialis (u. zw. in der Mitte desselben) und an den Nerven in der Cubita bis zur Mitte des Armes ausgesprochen.

Diese Verdickung betraf die ganze Ausdehnung des erkrankten Nerven, war nicht sehr deutlich ausgesprochen und liess sich am besten bei histologischer Untersuchung constatiren, indem sich bei derselben eine leichte Perineuritis erkennen liess.

Die histologische Untersuchung vermittels der von mir 1881 auseinandergesetzten Technik hat mir die Diagnose einer Neuritis parenchymatosa gestattet.

Die Spinalwurzeln waren vollkommen normal, ebenso wie das Rückenmark.

Trotz einer genauen und aufmerksamen Untersuchung konnte ich weder in der Haut noch in den Nerven Leprabacillen nachweisen.

Auf die bei diesen Kranken beobachteten Erscheinungen mich stützend, machte ich in meinen 1885—1886 im Hospitale St. Sauveur gehaltenen Vorlesungen darauf aufmerksam, dass es sich in diesen 5 Fällen um Veränderungen handelt, welche denen bei Lepra nervorum deformans oder mutilans auffallend ähneln.

Handelte es sich in diesen Fällen um Lepra, wie man von vorneherein annehmen könnte? Aber wo hatten die

Kranken sich dann die Lepra zugezogen? Diesem Einwurf, fügte ich hinzu, könnte man indessen begegnen, wenn man annähme, dass es sich hier um Fälle von autochtoner Lepra handelt, Spuren der alten Lepra, welche in Europa und ganz besonders in Frankreich bis gegen das 15. Jahrhundert herrschte. Und ich wies wiederum auf die Möglichkeit hin, dass eine Krankheit, welche zur Zeit des Ablebens Ludwigs VIII. (1229) in Frankreich die Errichtung von 2000, in der ganzen Christenheit aber von 19.000 Leproserien nothwendig gemacht hatte, in den Ländern, wo man sie seit langem erloschen glaubte, noch nicht vollständig verschwunden wäre.

Aber vorsichtig fügte ich hinzu, dass es nothwendig wäre, dass damit eine solche Theorie aus dem Gebiete der Hypothese in das der wahren Wissenschaft vorrücke, die von mir gebotenen Fälle ebenso die, welche andere Beobachter später eventuell untersuchen würden, in indiscutabler Weise der Lepra zugerechnet werden könnten, indem man sich auf klinische, pathologisch-anatomische und genaue bacteriologische Untersuchung stützen würde.

In den 5 Beobachtungen, welche meinen Veröffentlichungen zur Grundlage dienen, erinnerten die Kranken zwar ausserordentlich an Lepröse; dennoch stimmen manche klinische Einzelheiten (z. B. das Fehlen der Lähmung des Orbicularis palpebrarum mit Anästhesie des Gesichtes, . . .) nicht absolut genau mit der Diagnose „Lepra", zumal da der bacteriologische Befund uns fehlte.

Nichts destoweniger könnte man noch voraussetzen, dass diese Fälle von autochtoner Lepra, Spuren der alten Lepra, sich unter einem leicht veränderten Bilde darbieten könnten, indem die Krankheit in unseren Gegenden seit dem Mittelalter gewissermassen degenerirt wäre.

1886 kam ich auf Seite 263 meiner Abhandlung über die Lepra auf diese Frage zurück. Jüngst endlich, März 1892, brachte mich ein Kranker meiner Klinik, der trophische Muskel- und Hautaffectionen, welche in mancher Hinsicht an die bei Lepra nervorum vorkommenden erinnern, aber wahrscheinlich syringo-myelitischen Ursprunges sind, zeigte, in einer klinischen Vorlesung zur Wiederaufrollung der Frage von der möglichen

Persistenz der Spuren der alten Lepra in unseren Gegenden.

Der betreffende Kranke bot Störungen dar, welche an die bei Lepra nervorum vorkommenden ausserordentlich erinnern: Atrophie der Muskulatur der Schultern, Arme, Vorderarme; des Thenar und Antithenar, der Interossei; vollständige Analgesie der oberen Extremitäten und der oberen Hälfte des Stammes, des Halses, des Gesichtes, so dass der Kranke sich oft, ohne etwas davon zu wissen, verbrannte; Analgesie der Schleimhaut der Lippen und Zunge (man muss aber bemerken, dass man im Bereiche des Thorax, des Gesichtes und Kopfes sehr genau die von Charcot unter dem Namen syringomyelitische Dissociation beschriebenen Erscheinungen beobachten kann); zahlreiche Narben und mit Krusten bedeckte Ulcerationen an den Fingern (Geschwüre, welche aus Pemphigusblasen entstanden sind); Hyperkeratosis der Palma; Alterationen der Nägel.

Dieser Kranke, zu Warhem geboren (Arrondissement Dünkirchen) hatte nie sein Vaterland verlassen.

Es folgt hier dieser Fall, wie ihn mein Interne Herr Patoir geführt hat.

Fall VI.

Die Krankheit wurde vor 2 Jahren durch das Auftreten von Störungen der Muskulatur und Haut bemerkt.

Amyotrophie der oberen Extremitäten (scapulo-humeraler Typus nach Vulpian und type Aran-Duchenne). Bildung von Blasen und Knoten an den Händen. Alteration der Nägel. Störungen der Sensibilität. Syringomyelitische Dissociation. Parese und Steifigkeit der unteren Extremitäten. Leichte Contractur der Sphincteren. Redressirbare Scoliose.

D... August, 20 Jahre alt, zu Warhem geboren, trat am 29. März 1892 auf die Klinik des Prof. Leloir ein.

Hereditäre Verhältnisse: Vater im Alter von ungefähr 60 Jahren an einer dem Patienten unbekannten Krankheit, wahrscheinlich Herzaffection (er hatte Oedeme an den unteren Körperpartien) gestorben. Er war emphysematös, kein Potator. Mutter lebt und leidet an asthmatischen Beschwerden. Ein Bruder starb in jugendlichem Alter. Drei Schwestern leben, von denen eine anämisch ist und oft hustet. Eine nervöse Belastung kann man in der Familie nicht nachweisen. Da aber der Kranke das Französische nur schlecht spricht und schwer begreift, ausserdem seine geistigen Fähigkeiten viel zu wünschen lassen, so kann man sich auf die Angaben des Kranken nicht allzusehr verlassen. Nichtsdestoweniger

lasse ich seine Angaben über seinen früheren Gesundheitszustand und über den Beginn der Krankheit folgen.

Seine eigenen Antecedentien: Bis zu seinem 19. Lebensjahre war Patient stets vollkommen gesund. Damals im Winter verbrachte er oft die ganze Nacht in Holzbaracken, welche an einem Sumpfe gelegen waren. Damals litt er oft Kälte, doch scheint er keine Erfrierungen erlitten zu haben. Von dieser Zeit an bemerkte er eine gewisse Steifigkeit der oberen Extremitäten. Seine Hände wurden ungeschickt, indem er eine längere Zeit nothwendig hatte, um sich anzukleiden oder um manche feinere Bewegungen zu vollziehen. Gleichzeitig bemerkte er, dass er weniger kräftig sei und dass die Druckkraft seiner Hände abnahm. Ausserdem entstanden, und das fiel ihm besonders auf, Hautaffectionen. An den Händen erschienen Blasen, welche einschrumpften oder exulcerirten und so noch jetzt sichtbare Narben oder Knoten von beträchtlicher Grösse hinterliessen. Niemals bestanden gleichzeitig zahlreiche Blasen, sondern die Eruption erfolgte schubweise in verschieden langen Intervallen und zwar gewöhnlich nur 1—2 Blasen auf einmal. Der Patient machte die Beobachtung, dass, wenn er die sich entwickelnden Blasen zerkratzte, die folgenden langsamer auftraten. Ebenso hat er bemerkt, dass die Blasen rascher entstanden, wenn er tüchtig arbeitete.

Vor 1 Jahre hatte er eine Bronchitis, welche nach 5 Monaten heilte und welche vor 3 Wochen wieder auftrat.

Status präsens: Kräftig gebauter Mann, nur die oberen Extremitäten stechen durch ihren geringen Umfang von der übrigen Musculatur, welche gut entwickelt zu sein scheint, ab. Der Panniculus adiposus ist an denselben auch weniger gut entwickelt als an anderen Stellen.

Appetit ist gut, die Verdauung erfolgt ganz normal.

Von Seite des Respirationstractus bemerkt man eine ziemlich intensive Dyspnoe.

Der Kranke hustet und wirft ziemlich reichlich aus. In dem Sputum findet man manchmal Blutfäden; das Sputum ist schaumig und von weisslicher Farbe. Bei der physikalischen Untersuchung der Lunge constatirt man folgende Veränderungen: Vorne auf beiden Seiten, deutlicher aber links als rechts Verminderung des Stimmfremitus. Der Brustkorb ziemlich gewölbt, die Intercostalräume verstrichen. Bei der Percussion findet man einen auffallend hellen Schall über dem ganzen Brustkorb, über der linken Spitze leichte Dämpfung. Bei der Auscultation hört man rechts ein rauhes Athmen mit einigen Rasselgeräuschen in beiden Athmungsmomenten. Links das Athmen rauher, leicht hauchend. Hinten der Stimmfremitus fast fehlend, links aber etwas deutlicher wahrzunehmen.

Ueber beiden Lungen lauter Schall, ohne einen Unterschied erkennen zu lassen. In beiden Spitzen rauhes und hauchendes Athmen. Bei der Exspiration Rasseln und Knistern zu hören. An der Basis Vesiculärathmen, jedoch sehr leise, begleitet von Rasselgeräuschen in beiden Phasen der Athmung. Rechts scheint die Athmung deutlicher hörbar zu sein.

Herzspitzenstoss kräftig. Herztöne in beiden Momenten rein, ohne Geräusch. Leichte Hypertrophie des rechten Herzens, Pulsus epigastricus. Puls links schnellend, rechts dagegen kleiner, fast fadenförmig.

Leber erscheint normal.

Im Harne weder Eiweiss noch Zucker. Harnentleerung normal, nur muss sich Patient, wie er bemerkt, im Beginne der Harnentleerung mehr anstrengen.

Seit einigen Wochen leidet er auch an Stuhlverstopfung, so dass es sich um eine Vermehrung des Tonus der Sphinkteren zu handeln scheint.

Kein Alkoholismus, keine Lues. Keine Bleivergiftung, ebenso keine Malaria. Ihn für einen Leprösen zu halten, hat man wenig Grund, wenn man nicht an die Ueberreste der alten Lepra, welche ganz Europa im Mittelalter verseucht hatte, denken will.

Besonders auffällig an ihm ist das geringe Volumen der Arme. Bei der Untersuchung der Musculatur der Schultern und der oberen Extremitäten findet man dieselbe weich, schlaff; sie scheint mit den übrigen Geweben verschmolzen zu sein. Wenn man den Arm im Ellenbogengelenke beugen lässt, fühlt man nicht, wie beim gesunden Menschen, wie der Biceps sich zu einem vorspringenden, harten Wulste contrahirt, so dass er das Vermögen zu erschlaffen und sich dann zu contrahiren verloren zu haben scheint.

An den Schultern sind die Knochenvorsprünge sehr deutlich ausgeprägt und in der Fossa supra- et infraspinata findet man auffallende Einsenkungen. Die Schulter scheint verstrichen, der Deltoides ist stark atrophisch, so dass die Abduction des Armes sehr erschwert ist. Der Pectoralis major ist, wenigstens in der Portio clavicularis von geringerem Volumen, so dass die Clavicula sehr deutlich vorspringt. Diese allgemeine Atrophie der Schultermusculatur ist rechts deutlicher als links und besonders rechts kann man die Einzelheiten der Atrophien studiren. Ebenso verhält es sich mit der Armmusculatur. 10 Centimeter unter dem Acromion misst der rechte Oberarm 27 Cm., der linke 29 Cm., trotzdem der Patient sich vorzugsweise der rechten Hand bedient; am Vorderarme findet man 4 Cm. unter dem Ellenbogen eine Differenz von 1 Cm. zu Gunsten des linken Arms. Besonders befallen sind die Supinatoren. Die Hand in Supinationsstellung zu bringen, kostet dem Patienten die grösste Mühe und gelingt ihm nur durch Combinationen und Drehungen, wodurch andere Muskeln die Rolle der Supinatoren übernehmen. Die Atrophie folgt dem Type Aran-Duchenne der progressiven Muskelatrophie. Wenn Patient auf seine Hand nicht Acht gibt, nimmt sie Klauenhandstellung ein (Affenhand), ohne dass das aber sehr ausgesprochen wäre. Die Spatia interossea sind am Handrücken grubenförmig vertieft, während die Metacarpusknochen deutlich vorspringen. An der Palma manus sind Thenar und Antithenar fast vollständig verstrichen, die ganze Hand ist verflacht, die Haut gerunzelt. Rechts sind die Veränderungen an der Hand viel deutlicher ausgesprochen als links. Ebenso beträgt die Druckkraft der rechten Hand am Dynamometer gemessen 19, die der linken 25 Ko. Ausserdem, dass Amyo-

trophie vorhanden ist, reagiren die Muskeln auch nicht auf den elektrischen Strom. Man kann die Stromstärke langsam oder rasch variiren. Der Kranke empfindet zwar das durch den Strom erzeugte eigenthümliche Krabbeln, aber kein Muskel contrahirt sich.

Dennoch ist keiner der Muskeln vollständig paralytisch, indem man zwar eine gewisse Parese und eine gewisse Schwere der Bewegungen, aber durchaus keine absolute Unbeweglichkeit constatiren kann.

Auf beiden Seiten fehlt der Reflex der Tricepssehne.

Oft bemerkt man fibrilläre, manchmal auch vollkommene Contractionen der Muskeln, was die Schwierigkeiten bei den Bewegungen noch vermehrt.

Trotz dieser schweren Läsionen ist doch der Muskelsinn erhalten. Der Kranke hat das Bewusstsein von der Lage seiner Arme im Raume und er vollführt mit dem freien Arme ziemlich genau die dem anderen Arme mitgetheilten Lageveränderungen.

Die genaue Untersuchung der Sensibilität in ihren verschiedenen Qualitäten lässt uns ein wichtiges Phänomen entdecken, die von Charcot sogenannte Dissociation syringo-myelique. Dass der Muskelsinn vollkommen erhalten ist, habe ich bereits erwähnt; ebenso verhält es sich mit dem Tastsinn. Der Kranke fühlt die Gegenstände, welche er berührt, kann ihre Form beschreiben, aber er vermag ihre Temperatur nicht zu schätzen, ja er empfindet keinen Schmerz. Das Gefühl der Kälte, der Hitze, des Schmerzes fehlt, während der Tastsinn normal ist. Trotzdem hat Patient nicht selten das, dann rein subjective Gefühl der Wärme; er erklärt sogar oft, von der Wärme in seinem Bette belästigt zu werden.

Die Thermo-Anästhesie erstreckt sich bei ihm über die beiden oberen Extremitäten und die obere Hälfte des Stammes bis zu einer Horizontalen, welche ungefähr 1 Cm. über der Verbindungslinie beider Brustwarzen verläuft. Der Uebergang von der erkrankten Partie zur normalen geschieht ganz allmälig; in der Magengrube ist der Temperatursinn ziemlich genau. Nach oben zu wird er immer unsicherer, um endlich vollkommen zu verschwinden.

An den Extremitäten wird die Thermo-Anästhesie peripherwärts immer deutlicher. Während nämlich der Kranke über einen, wenn auch nur leichten Schmerz, bei der Application einer erhitzten Spitze an der Halswirbelsäule klagte, konnte man am Vorderarme die feine Spitze des Thermocauters ohne weiters ziemlich tief einbohren, ohne eine andere Empfindung als die der Berührung zu haben. Uebrigens weist er selbst auf eine rothe Narbe am linken Vorderarme hin, von der er angibt, dass sie von einer Verbrennung, deren er sich aber nicht bewusst war im Momente der Entstehung, herrühre. Hals, Gesicht und der behaarte Kopf scheinen ebensowenig Hitze oder Kälte zu empfinden. Was die Schleimhäute betrifft, so erklärt der Kranke, sich niemals beim Rauchen oder Essen den Mund verbrannt zu haben und behauptet auch, die Temperatur der Nahrung zu erkennen. Die Punkte, wo Thermo-Anästhesie vorhanden ist, sind auch von Analgesie befallen, und man konnte Lippen und Zunge

stechen, ohne Schmerz hervorzurufen, so dass es sich hier scheinbar um eine neue Dissociation handelt. Inmitten der für Temperatur und Schmerz anästhetischen Theile findet man einzelne Partien von nur geringer Ausdehnung, wo diese Qualitäten des Tastsinnes normal oder sogar ein wenig gesteigert erscheinen. Will man die Vertheilung der kranken Partien schematisiren, so kann man sagen: Die Theile, welche dem Rocke, dem Helme und der Maske entsprechen, sind erkrankt (Zone des Plexus brachialis, des 1. Intercostalis, des N. occipitalis major et minor, des N. auricularis und der aufsteigenden Trigeminuswurzel).

Subjective Symptome von Schmerz werden keine angegeben.

Während die Störungen der Sensibilität an beiden Armen gleichmässig ausgesprochen sind, ist die Amiotrophie rechts deutlicher ausgesprochen, was uns zu der Ansicht führen könnte, dass die Krankheit mit diesen Störungen der Sensibilität begonnen hat und zwar lange bevor der Kranke nur etwas ahnte. Er scheint seine Krankheit erst erkannt zu haben, als sichtbare Störungen auftraten.

An den unteren Extremitäten ist die Sensibilität in allen ihren Qualitäten erhalten; dieselben sind sehr gut entwickelt und scheinen durchaus nicht atrophisch zu sein. Trotzdem gibt Patient das Gefühl von Steifigkeit und Schwere bei den Bewegungen an. Lässt man ihn gehen, dann bemerkt man in der That, dass er die Beine nur mühsam vom Boden hebt, ein wenig hüpfend geht und die Fussspitze nach vorwärts schleudert. Es ist also Steifigkeit und Parese, aber keine Ataxie vorhanden. Die Wendung erfolgt langsam mit geringem Schwanken. Lässt man ihn während des Stehens die Augen schliessen, so zeigt sich eine geringgradige Ataxie.

Die Patellarreflexe sind besonders rechts lebhafter als normal.

Rechts findet man deutlichen Fussclonus. Die Plantarreflexe sind vermindert. Keinerlei subjective Symptome.

Von den Sinnesorganen erscheinen der Geschmack und der Geruch intact. Der Schlundreflex ist normal. An den Augen ist nur ein leichter Nystagmus von Wichtigkeit.

Pupillen reagiren auf Licht und Accomodation prompt. Keine Ptosis, kein Enophthalmus. Cornealreflex normal.

Gehör normal.

Beim Sprechen bemerkt man ein geringes Zögern, ein leichtes Stottern, aber der Patient behauptet, immer so gesprochen zu haben. Der Schlingact erscheint normal. Beim Sprechen bemerkt man auch leises Erzittern der Lippen.

Als Störungen der Sphinkteren haben wir bereits eine geringe Erschwerung der Harnentleerung im Beginne derselben und die seit einiger Zeit bestehende Stuhlverstopfung bezeichnet.

Die Haut zeigt im Bereiche der Brust einen Herd von seborrhoischem Ekzem und auf dem Rücken einige Acneefflorescenzen. Die unteren Extremitäten zeigen keine Hautaffectionen.

An den oberen Extremitäten constatirt man, und zwar an der inneren und oberen Hälfte des rechten Armes einen kleinen, rothen Herd,

bedeckt mit einer trockenen Epidermisschuppe, offenbar der Rest einer Blase, von der der Patient nichts gewusst hatte.

Am linken Oberarme und den beiden Vorderarmen nichts zu bemerken.

An den Händen, besonders an der rechten Hand, kann man verschiedene trophische Störungen constatiren.

Ueber den Gelenksverbindungen der 1. und 2. Phalanx des 2., 3. und 4. Fingers der rechten Hand bemerkt man vorspringende, harte, runzelige Knoten von der Breite eines $^1/_2$ Centimesstückes und ungefähr um $^1/_2$ Cm. die Haut überragend. An allen Fingern findet man rothe Narben, theils wulstig vorspringend, theils eingezogen; manche sind noch mit Krusten bedeckt.

Alle diese Veränderungen sind angeblich aus Blasen hervorgegangen.

An der Palma der rechten Hand geringe Hyperkeratose. An der Spitze des Daumens eine Ulceration mit wulstigen, harten, umgestülpten Rändern. Das Centrum nässt ein wenig. An der dorsalen Fläche der linken Hand, ebenso wie der Phalangen dieselben Veränderungen wie rechts. In der Mitte der Hand ungefähr ein fast kreisrundes Geschwür mit blass-grauem, trockenem Grunde und wie mit dem Locheisen ausgeschlagenen Rändern. (Eine gangränöse Blase, welche den Papillarkörper auch ergriffen hatte.) An der Palma manus in der Furche, welche den Daumen vom Zeigefinger trennt, eine Rhagade mit ausgezackten, wulstigen, verhornten Rändern versehen.

Seit dem Eintritt des Kranken ins Hospital haben sich neue Blasen entwickelt und zwar zwei auf dem rechten Zeigefinger auf der 1. und 3. Phalanx, eine andere voluminöse an der Innenfläche der letzten Phalanx des rechten Daumens. Links findet sich eine auf der ersten Phalanx des Daumens und eine andere kleine auf der letzten des Zeigefingers. Alle diese neuen Blasen befinden sich an der Palma manus.

Die Nägel erscheinen verbreitert und abgeplattet. In der Nähe des Nagelbettes des rechten Zeigefingers ist eine mit blutiger Flüssigkeit gefüllte Blase, welche den Ausfall des Nagels erzeugt hatte, so dass das Nagelbett jetzt von unregelmässigen und gestaltlosen hornigen Producten bedeckt ist.

Die Störungen der Haut der oberen Extremitäten beschränken sich bis jetzt auf die oberflächlichen Schichten. Erkrankungen der tieferen Schichten wie Phlegmonen oder Panaritien waren nicht vorhanden. Doch gibt Patient an, vor einiger Zeit (vor ungefähr 3—4 Jahren) einige Abscesse am Arme gehabt zu haben. Die Gelenke normal, keine Akromegalie.

Das Skelett der oberen Extremitäten scheint vollkommen normal zu sein. Die Halswirbelsäule scheint stärker gekrümmt zu sein als normal; doch gibt Patient an, keine Aenderung in der Stellung seines Halses bemerkt zu haben. Ebenso hat er hier nie Beschwerden gehabt, so dass es schwer ist, sich hier für oder gegen eine beginnende Scoliose zu entscheiden.

Als vasomotorische Erscheinung kann man den Unterschied in der Spannung der rechten und der linken Radialis ansehen; links ist der Puls kräftiger, schnellender als rechts. Manchmal erzeugt ein Stich oder ein Kneifen auf der Haut der rechten Hand eine lebhaftere Röthung als links, ohne dass jedoch diese Erscheinung constant wäre.

Im Bereiche der oberen Extremitäten, sowie in der Achselgrube scheint Hyperidrosis zu bestehen; deshalb wurde die Reaction auf Pilocarpin untersucht: 7 Minuten nach Injection von 1 Cgr. geringe Salivation, nach 25 Minuten hatte man noch nirgendwo Schweiss.

Geistige Entwicklung: Der Kranke war intellectuell stets nur wenig entwickelt (er kann kaum lesen), doch gibt er an, dass sein Gedächtniss nicht mehr so gut sei wie früher. Während der Nacht hat er oft unangenehme Träume, welche ihn aus dem Schlafe wecken.

Kurze Zusammenfassung: Fehlen einer nervösen Belastung, keine Allgemeinerkrankung vorhergegangen. Die jetzige Krankheit trat vor 2 Jahren durch sichtbare Störungen der Muskeln und der Haut deutlich zu Tage.

Status: Amyotrophie der oberen Extremitäten (Type scapulo-huméral de Vulpian und Type Aran-Duchenne). Blasen, Rhagaden und Knoten an den Händen. Erkrankung der Nägel. Störungen der Sensibilität: Syringomyelitische Dissociation. Parese und Steifigkeit der unteren Extremitäten. Leichte Contracturen der Sphinkteren. Redressirbare Skoliose.

Therapie: Gegen die Bronchitis Schröpfköpfe und Morphium. Dann 0·5 Gr. Jodkali und 3 Tropfen Solutio Fowleri. Am Nacken Moxen.

4. April. Es wird auf 5 Tropfen Arsenik gestiegen.

6. April. Erst 4 Stunden nach Injection von 0·01 Pilokarpin tritt Schweiss ein und zwar nur an der oberen Rumpfhälfte und den oberen Extremitäten. Die untere Rumpfhälfte dagegen schwitzt nicht.

Der Kranke hat sich an der Palmarfläche der rechten Hand verbrannt, hat dabei aber nur eine leise Empfindung davon gehabt.

Er gibt an, dass er sich ohne es zu fühlen verbrennt, wenn die Temperatur langsam ansteigt; dass er es aber deutlich fühlt, wenn die Hitze plötzlich einwirkt.

11. April. Die linke Hand ist beträchtlich ödematös. Borvaseline.

13. April. Einige Blasen werden schlaff, nehmen eine derbe Consistenz an, während andere sich in Geschwüre umwandeln.

22. April. Die nach der Verbrennung zurückgebliebenen Geschwüre werden mit Borvaseline und gepulvertem ferrum carbonicum gedeckt. Der Kranke gibt an, dass seine Arme kräftiger zu werden scheinen; Moxen.

4. Mai. Auftreten einer Blase auf dem rechten Mittelfinger. Entlang der Armnerven.

10. Mai. Auftreten von Blasen auf dem rechten Daumen und dem rechten Zeigefinger. Die Symptome der Bronchitis verschlimmern sich; man könnte an eine Bulbäraffection des Phrenicus denken.

15. Mai. Unter dem Einflusse der Medication scheinen die trophischen Störungen einen Stillstand zu erleiden.

Von Seite der Musculatur wenig Veränderungen. Von Seiten der Athmungsorgane Zeichen der Bronchitis. Schröpfköpfe und 0,15 Centg. Guaiacol.

30. Mai. Auftreten eines Bläschens auf dem linken Vorderarme.

4. Juni. Auftreten kleiner Bläschen auf dem 1., 2. und 3. Finger der linken Hand. Elektrisirung. Bei der 1. Sitzung 17 Milliampères entlang dem Halsmarke. Status idem.

8. Juni. 3. Sitzung. Die Sensibilitätsstörungen persistiren. Er hat sich soeben eine tiefe Brandwunde, ohne etwas davon zu fühlen, beigebracht. Elektrisirung wird fortgesetzt.

13. Juni. Auftreten 2 grosser Blasen an den Fingern der rechten Hand. Trotz der Behandlung scheinen die trophischen Störungen zuzunehmen.

Die Steifigkeit der unteren Extremitäten wird noch grösser und der Gang wird immer schwieriger.

16. Juni. Die Blasen haben tiefe Ulcerationen, welche bis auf den Knochen gehen, hinterlassen. Verband mit Borvaseline.

Wichtig ist die Bemerkung, dass alle diese Affectionen schwer heilen und ausserordentlich langsam vernarben.

30. Juni. An der rechten Hand haben sich 3 neue Blasen gebildet. Sie sind geplatzt und hinterlassen jetzt Geschwüre. Zwei von diesen sind an der Innenfläche des Zeigefingers, und zwar eines an der Basis, das andere nahe beim Nagel gelegen, beide von der Grösse eines halben Centimestückes.

Das 3. tiefere und auch grössere, welches eine Länge von 3—4 Cm. und eine Breite von $1\frac{1}{2}$—2 Cm. hat, ist an der äusseren Fläche des rechten Mittelfingers gelegen, und zwar an dem Gelenke zwischen der 1. und 2. Phalanx. Es steht ein wenig schief.

Diese Geschwüre, besonders das letzte, zerstören die Epidermis und greifen in die Tiefe aufs Corium über. Sie sind geruchlos. Der Grund ist weisslich-grau. Kurz sie bieten das typische Bild des Pemphigus gangränosus.

Zur Zeit zeigt die linke Hand nur geringe Veränderungen; seit ziemlich langer Zeit sind auf derselben keine Blasen entstanden. An einer, an der palmaren Fläche der Daumenspitze befindlichen Ulceration findet man Hyperkeratose. An der Basis des Daumens eine tiefe Brandwunde, von deren Entstehung er nichts genaueres wusste.

An der rechten Hand, besonders am Daumen, Zeige- und Mittelfinger zahlreiche Blasen und Geschwüre. Störungen der Verhornung. Die Nägel sind mit Ausnahme geringer Störungen am rechten Zeigefinger normal.

Die Untersuchung des Professors Doumer ergibt: Keine Spur von Entartungsreaction, weder an den Muskeln noch an den wichtigsten moto-

rischen Nerven. Die Muskeln contrahiren sich im Allgemeinen sehr gut auf den elektrischen Reiz hin.

Der Kranke gibt an, zu Beginn der Behandlung eine gewisse Besserung in Bezug auf die Kraft der Arme bemerkt zu haben; seit einiger Zeit aber würden die Arme immer schwerer und ungeschickter. Und in der That kann er sich nicht mehr ankleiden und die geringste etwas complicirtere Bewegung verlangt ausserordentlich viel Zeit und Anstrengung.

Die Intelligenz sinkt; es handelt sich nicht um logische Fehler, sondern um cerebrale Apathie, um intelectuelle Faulheit. Sein Gehirn ist schwerfällig und ungeschickt wie seine Glieder. Er stockt in einem fort, stosst mit der Zunge an, scandirt oft und sucht die Worte.

23. Juli. Status idem. Es sind keine neuen Blasen erschienen. Dreimal wöchentlich wird er elektrisirt.

27. Juli. Es sind auf den Zeigefingern und Daumen beider Hände zerstreut 8 neue Blasen aufgetreten; regelmässig ist die rechte Hand am stärksten befallen. Die Blasen variiren in der Grösse von der einer Erbse zu der eines 1Frankstückes.

Die Sensibilität hat sich nicht geändert, sie scheint nur noch gesunken zu sein. Die Störungen derselben sind an dieselben Orte localisirt.

29. Juli. Die Blasen platzten, so dass das Corium blosliegt, ohne dass dieses selbst ergriffen wäre. Verband mit Dermatolvaseline.

Heute Früh hat Patient sehr reichlich ausgeworfen; im Sputum sind Streifen Blutes sichtbar. Ad basim beider Lungen die intensivsten Erscheinungen. Bronchitis diffusa. Keine Anzeichen, welche auf den Beginn einer Pneumonie schliessen liessen. Am Herzen manchmal Arhythmie. An den Ostien nichts Abnormes.

Am Dynamometer: Rechte Hand 15, linke 24.

Der Kranke fühlt sich selbst immer schwächer werden. Die Nachbarn des Patienten klagen, er störe ihren Schlaf durch Deliriren und sogar durch somnambule Handlungen. Er erhebt sich auch wirklich während der Nacht, geht im Saale umher, begeht ganz zusammenhanglose Handlungen und das alles im Schlafe oder wenigstens im Halbschlummer.

Die geistigen Fähigkeiten des Kranken sinken übrigens zusehends; ohne Unsinn zu sprechen, ist er in einem solchen Zustande der Apathie und geistigen Faulheit, dass es an Idiotie schon grenzt. Das Stottern und die Schwere der Zunge werden immer deutlicher.

5. August. Trotz unserer Abmahnungen verlässt er die Klinik; er schützt seine stets zunehmende Schwäche etc. vor.

Mit dem lebhaftesten Interesse habe ich vor Kurzem die von meinem Freunde Dr. Zambaco-Pascha der Académie de Medecine im August 1892 vorgelegte Arbeit gelesen; ich ersah aus derselben, dass die Hypothese, welche ich 1884—1885

(Mémoire sur la lèpre en Norwège déposé en 1884 au Ministère de l'instruction publique, in der biologischen Gesellschaft und endlich in den Vorlesungen im Hospital St. Sauveur), dann 1886 (in den Vorlesungen im Hospital St. Sauveur und in der Abhandlung über die Lepra) bezüglich der Möglichkeit der Persistenz von Ueberresten der alten Lepra des Mittelalters in unseren nördlichen Provinzen (Flandern und Artois) und in Paris ausgesprochen hatte, nicht so kühn war, als ich vorausgesetzt hatte.

Die Möglichkeit der Existenz der Lepra in der Bretagne, so deutlich durch einen so bedeutenden Lepraforscher wie Zambaco-Pascha demonstrirt, unterstützte also meine Hypothese, aber sie ist nicht absolut überzeugend.

In der That, man kann der von mir 1884—1885 ausgesprochenen Theorie dasselbe vorwerfen, was Besnier und Vidal 1892 Zambaco-Pascha gelegentlich seiner Arbeit über die Lepra in der Bretagne gesagt haben: „Wir fordern den materiellen Beweis der Ideen des Herrn Zambaco in Gestalt der Leprabacillen. Diese müssen so genau als möglich nachgewiesen werden, so dass kein Zweifel aufkommen, kein Einwand erhoben werden kann.

Herr Zambaco bemüht sich jetzt um eine der interessantesten Fragen in lebhafter Weise; er sucht in einem ganzen Abschnitt der Geschichte der Medicin eine wahre Umwälzung hervorzurufen. Sehr wichtig ist es, dass er stricte, wissenschaftliche Beweise für das, was er behauptet, beibringt. Für die Ehrenrettung seiner verführerischen Theorie ist es nothwendig, dass er uns Lepra-Bacillen bei einem einzigen an autochtoner Lepra in der Bretagne erkrankten Menschen zeigt; dann wird er einen gewaltigen Schritt zu dem unumstösslichen Beweise, wie ihn unsere Periode des wissenschaftlichen Positivismus fordert, gemacht haben.“

Ich erlaube mir noch auf das diagnostische Capitel meiner Abhandlung über die Lepra zu verweisen, wo man die oft bedeutenden Schwierigkeiten der Diagnose dieser Krankheit hervorgehoben findet. Wenn das, was ich in diesem Capitel gesagt habe, und was ich 1889 in den Annales de Dermatologie bei Gelegenheit eines Falles meiner Klinik, der von meinem In-

terne Baude[1]) veröffentlicht worden ist und später von Thibierge der Société médicale des Hopitaux[2]) vorgeführt wurde, gezeigt habe, dass nämlich die Lepra selbst von den gewiegtesten Aerzten, wenn sie sich nicht speciell mit derselben beschäftigt haben, verkannt werden kann, so ist auch das Gegentheil nicht weniger sicher, dass man nämlich an die Möglichkeit stets denken muss, dass grundverschiedene Krankheiten mit der Lepra zusammengeworfen werden. Und das gilt ganz besonders für die Lepra nervorum, eine wahre specifische Polyneuritis, die man mit sehr vielen Krankheiten trophoneurotischen Ursprungs ganz leicht verwechseln kann.[3])

Wie ich in meiner Abhandlung über die Lepra sagte, begreift man sehr wohl, dass mit der Lepra nervorum, die ja nichts anderes als eine specifische Polyneuritis ist, sehr viele Affectionen nervösen Ursprungs verwechselt werden können. Aber gerade diese Specifität der leprösen Neuritis bewirkt, dass sie in ihrem ganzen Charakter, in ihrer Entwicklung, in ihrer Vertheilung, in ihrer Localisation auf gewisse Nerven etc., Eigenschaften, welche von denen, die man für gewöhnlich beobachtet, so verschieden sind und ein so specifisches Gepräge darbieten, dass, im Allgemeinen wenigstens, die Diagnose für denjenigen, der die Lepra nervorum kennt, leicht sein wird.

Ich fasse meine Ansichten kurz zusammen:

1. Wie ich für den Norden und für Paris 1884—1885 und 1892 Zambaco-Pascha für die Bretagne gezeigt hat, kommen in Frankreich noch unbenannte Krankheitsbilder vor, welche ausserordentlich an Lepra erinnern.

2. Wie ich in den Jahren 1884—1885 und Zambaco 1892 ausgesprochen hat, liegt die Möglichkeit vor, dass es sich

---

[1]) Baude. Ein in Lille beobachteter Leprafall. Annales de Dermatologie. 1889.

[2]) Thibierge. Société Médicale des Hopitaux. März 1891.

[3]) Man darf nicht vergessen, dass nicht selten die Folgen einer Erfrierung an den Extremitäten Bilder von Verstümmelungen hervorrufen können, welche denen der Lepra nervorum im höchsten Grade ähneln, Verstümmelungen, wie sie Cédenat in seiner schönen Arbeit über die Erfrierungen beschrieben hat.

in diesen Fällen um mehr weniger entartete Ueberreste der alten Lepra, welche im Mittelalter Frankreich und Europa verheert hatte, handelt.

3. Diese Theorie ist verlokend, verführerisch, aber sie harrt noch jenes wissenschaftlichen Beweises, der auf einer Summe von genau beobachteten und genau beschriebenen pathologisch-anatomischen und bacteriologischen Thatsachen basirt wäre.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 25. October 1893.

Vorsitzender: Neumann. Schriftführer: Cehak.

Neumann zeigt 1. eine 35jährige Kranke mit Pemphigus vegetans. Das Leiden besteht seit 5 Monaten, begann an der r. Wangenschleimhaut und wurde von mehreren Aerzten für Syphilis gehalten. An den grossen Labien und den Genitocruralfalten umschriebene, fleischrothe, drusig unebene, leicht elevirte Stellen von einem macerirten Epidermissaume in Form von Schlangenlinien begrenzt. Am Mons veneris hanfkorngrosse Bläschen. Unter dem Nabel eine linsengrosse nässende Stelle, an deren Peripherie abgehobene Epidermis. Unterhalb der linken Brustwarze eine thalergrosse, elevirte Stelle mit Borken belegt, darunter Wucherungen und an der Peripherie gleichfalls in serpiginöser Form sich ausbreitende, blasige Abhebungen der Epidermis. An der Lippen- und Wangenschleimhaut schmutziggelbe Exsudatmassen. Aehnlich afficirt sind Mund- und Augenwinkel, dieselben rissig, mit geplatzten Bläschen versehen. Am weichen und harten Gaumen an vielen Stellen das Epithel abgeschilfert. Die Zunge geschwellt, rissig, am Rande excoriirte Zahnabdrücke. Blutbefund: 85% Hgb. Rothe Blutzellen 4,100.000, weisse 16.000, eosinophile Zellen vermehrt, der Blaseninhalt fast vollständig aus solchen bestehend.

Das charakteristische Merkmal gegenüber nässenden Papeln ist das Weiterschreiten mit einem scharfen serpiginösen Rande; während jene derbe Wucherungen darstellen, liegt hier ein weiches Gewebe vor. Der Fall ist von besonderem Interesse, weil die Krankheit im Initialstadium ist. In manchen Fällen findet man Efflorescenzen bloss an der Lippenschleimhaut, auch am Rand der Labien. Ich erinnere an den Fall einer alten Frau mit Efflorescenzen am Genitale, die ganz wie nässende Papeln aussahen, nur schritt die Affection serpiginös weiter. In dem ersten von mir beobachteten Falle waren fleischrothe, leicht blutende Stellen in der Achselhöhle vorhanden; erst nach einigen Tagen zeigten sich am Oberarm und am Genitale einzelne Blasen. Die grössten Beschwerden verursacht

die afficirte Mund- und Nasenschleimhaut, das Schlingen ist erschwert. Bei einer Affection, wo die Blasen-Flüssigkeit sich so rasch zersetzt, ist es wohl begreiflich, dass eine Wucherung des Papillarkörpers entsteht. Es ist das jetzt der 9. Fall, den ich sehe; in dieser Zahl befanden sich 2 Männer und 7 Weiber. Der Ausgang war stets ein letaler.

Nobl stellt einen Patienten der Abtheilung Lang vor, der vor einigen Tagen wegen Geschwüren an den Vorderarmen das Ambulatorium der Abtheilung aufsuchte. Lang, der den Fall gleich zu sehen Gelegenheit hatte, sprach die Ulcerationen an der Streckseite der Vorderarme als durch Inoculation entstandene venerische Geschwüre an. Bei genauerer Untersuchung des Patienten stellte es sich auch heraus, dass er mit einer venerisch ulcerirten Sclerose im Sulcus behaftet ist, die er vor vier Wochen acquirirt haben will. Ueber die Provenienz der Geschwüre an den Armen gibt er an, dass er vor vierzehn Tagen in angeheitertem Zustande nach Hause kommend, in eine Glasscheibe gefallen sei und sich hiebei mehrfache tiefe, stark blutende Schnittwunden an den Vorderarmen beibrachte. Die mit Essigwaschungen behandelten Verletzungen sollen bis vor acht Tagen einer normalen Heilung entgegen gegangen sein; zu jener Zeit bemerkte er an einzelnen, der noch nicht ganz übernarbten Verletzungen eitrig belegte, geschwürige Stellen, die rasch progredient wurden und innerhalb fünf Tagen ihre heutige Ausbreitung erreichten.

An der Streckseite beider Vorderarme sieht man an deren unterem Drittheile theils zahlreiche lineare, noch geröthete, bis 7 Cm. lange Narben, theils einzelstehende und einander kreuzende 5 bis 7 Cm. lange, 0·5 bis 1·0 Cm. breite Ulcerationen mit wallartig erhabenen, gezackten, leicht unterminirten Rändern und eitrig belegter, höckerig unebener Basis, die sich bei einzelnen der Ulcerationen derb anfühlt. Die meisten der Geschwüre setzen sich in 1 bis 2 Cm. lange, lineare Narben fort, die in der Richtung der Längsaxe der Ulcera verlaufen und den verheilten Antheilen der Verletzungen entsprechen. Die Cubitaldrüsen beiderseits multipel geschwellt, rechts stark druckempfindlich. Ausserdem besteht eine mässige Intumescenz der Achseldrüsen beiderseits.

2. Eine 26jährige Patientin, bei welcher Prof. Lang wegen eines mannsfaustgrossen, vielfach exulcerirten, in die Muskulatur hineinreichenden Gummaknotens an der linken Wade, Anfangs Juni l. J. die Transplantation nach Thiersch vornahm. Der Beginn des Leidens datirt in das Jahr 1891 zurück. Juni 1891 war Pat. mit papulösem Exanthem, Papeln am Genitale, Sclerosenresiduum und Plaques an den Tonsillen behaftet, gegen welche Erscheinungen sie local und mit Injectionen von Hg. sozojodolic. (8 Inj.) behandelt wurde. Schon im September desselben Jahres trat Recidive in Form multipler Gummata cutanea auf. Seither recidivirten die gummösen Eruptionen meist in zahlreichen Nachschüben fast in ununterbrochener Reihenfolge, so dass sich Patientin mit nur geringen Unterbrechungen seit 3 Jahren in Spitalsbehandlung befindet. Der Abtheilung war sie neuerdings Ende April l. J. wegen eines überfaustgrossen, von derben,

callösen Rändern umsäumten, vielfach zerklüfteten und in die Muskulatur hinein wuchernden Gummaknoten an der Innenfläche der linken Wade zugewachsen, der trotz einer mehrere Monate hindurch angewendeten antiluetischen Therapie keinerlei Heilungstendenz zeigte. Ausserdem waren zerstreut einzelne bis nussgrosse, exulcerirte Gummaknoten an der Streckseite desselben Unterschenkels und in der Kniekehle. Anfangs Mai wurde das Gumma in Narcose excochleirt, der 12 Cm. lange, 8·5 Cm. breite und 3 Cm. tiefe Defect mit Quecksilberoxydul-Gaze bedeckt.

Die Plastik wurde, nachdem sich die Basis des Substanzverlustes mit frischen, üppig aufschiessenden Granulationen bedeckt hatte, anfangs Juni vorgenommen. Die Epidermislappen entstammten der Aussenfläche des r. Unterschenkels; da sich auch der Unterschenkel gleich allen anderen Körperregionen vielfach von bis thalergrossen Narbenresiduen früherer Gummen eingenommen erwies (solche konnten bei 90 an der allgem. Decke gezählt werden), so war die Entnahme der Lappen mit einiger Schwierigkeit verbunden und konnte nur mit vielfacher Umgehung der Narben ausgeführt werden. Nach 14 Tagen waren die Lappen, von denen keiner mortificirte — angelegt und nach 3 Wochen konnte Patientin bereits mit einer Flanellbandage herumgehen. Seither sind vier Monate verstrichen und sind an der consolidirten derben Ueberkleidung des faustgrossen Defectes keinerlei Veränderungen wahrzunehmen, obgleich Patientin, die viel Bewegung macht, sich keinerlei Verbandes bedient. Gegenwärtig steht Patientin wegen eines bereits in Verheilung begriffenen Infiltrats an der Stirne in Behandlung.

Lang bemerkt zu dem 1. Falle, dass es der Zeit nach ganz gut möglich wäre, dass es sich hier nicht um blosse venerische Ulcerationen, sondern um Sclerosenentwicklung handle. Dies wird ja die weitere Beobachtung entscheiden. Zu dem Falle 2. führt L. aus, dass der Fall den Nutzen eines chirurgischen Eingriffs unter diesen Umständen deutlich demonstrirt. Wenn man hier nicht chirurgisch vorgegangen wäre, so hätte sich der locale Process, wer weiss wie lange noch, fortgeschleppt und man hätte eine unbrauchbare Narbe bekommen. Das gummöse Infiltrat, das bis an die Muskelmasse heranreicht, hätte für die Heilung ungünstige Verhältnisse dargeboten, wenn nicht chirurgisch vorgegangen worden wäre. Allerdings ist durch die chirurgische Behandlung die Patientin nicht von ihrer Syphilis befreit worden.

Schiff hat voriges Jahr einen Fall von ausgebreiteter Ulceration des Unterschenkels erwähnt, den Gersuny auf seine Veranlassung in dieser Weise behandelte; die Hautlappen wurden vom Oberschenkel genommen. Seit $^3/_4$ Jahren ist keine Recidive eingetreten. Anlässlich dieses günstigen Resultates hat Sch. noch andere Transplantationen unternommen u. zw. bei Scrophuloderma an jugendlichen Individuen. Alle Transplantationen sind glänzend gelungen.

Neumann. Die Kranke bekam an meiner Klinik 145 Einreibungen. Bei ihrer Demonstration bemerkte ich schon damals, dass bisweilen eine Uebersättigung des Blutes mit Quecksilber eintritt, wobei stets ein Stillstand

im Krankheitsverlaufe eintritt. Während bei dieser Patientin alle anderen Geschwüre schon verheilt waren, blieb immer noch das Geschwür am Unterschenkel bestehen. In diesem Zustande machte damals die Patientin einen Selbstmordversuch und musste auf die psychiatrische Klinik transferirt werden. Ich freue mich, jetzt zu sehen, dass durch die Transplantation dieses tiefe Geschwür so schön vernarbt ist. Doch ist den Recidiven noch immer nicht Einhalt geboten.

Kaposi. 1. Anknüpfend an die Demonstration des kleinen Knaben in der letzten Sitzung, der eine acute, seit 3—4 Wochen bestehende Eruption interessanter Art darbot, machte ich auf eine Patientin aufmerksam, bei der ähnliche Knötchen entstanden waren, wo aber die Anfangsformen mit den linsen- bis pfenniggrossen, in der Mitte blaurothen Knötchen nicht demonstrirt werden konnten. Die Frau war viele Monate an der Klinik. Wir konnten sowohl die physiologische als die durch örtliche applicirte Mittel herbeigeführte Involution beobachten; lange Zeit konnten die Gefässe ihren Tonus nicht wieder erlangen. Wir gaben ihr an der Klinik Arsenik und riethen ihr beim Verlassen derselben, das Mittel draussen fortzusetzen. Jetzt zeigt sich an den Armen und Beinen ganz das Bild einer im Ablaufe begriffenen Psoriasis oder eines Eczema squamosum. Von eigentlichen Efflorescenzen ist nichts zu sehen, dagegen sieht man über der l. Mamma und über dem Sternum noch immer den Follikeln entsprechende, da und dort figurirte, unter dem Fingerdruck abblassende Knötchen; man wird an das Bild eines Lichen ruber erinnert. Erwägt man aber, dass von vornherein die Sache nicht so aussah, sondern dass nach und nach aus den einzelnen Efflorescenzen pfenniggrosse, im Centrum cyanotische Herde entstanden, so muss man an dem Typus des Erythems festhalten. Dazu treten immer noch schwielige Verdickungen an der Epidermis der Flachhand und Fusssohle. Diese Fälle kann ich mir nicht gut deuten. Ich beziehe mich abermals auf den Fall des Selcherjungen, der mehrere Monate brauchte, bis er gesund wurde, wobei ebenfalls die Epidermisanhäufung so mächtig war und der Process erst in der letzten Zeit sich rückbildete. Die Sache schien mir bei der Frau auf Arsenik rasch gut zu werden, dasselbe war bei dem in der letzten Sitzung demonstrirten Kinde der Fall, dem ein consultirter Arzt Sol. Fowlers gab. Ich erinnere mich dabei an ein Kind, das viele Monate bei uns lag, zu Hause schon ein Jahr krank war; dasselbe zeigte gar keine Efflorescenzen, nur Desquamation. Ich erinnere ferner an die von Besnier beschriebenen Formen von „Erythrodermie“. Diese Formen entstehen acut, lassen den Typus des Erythems erkennen und schreiten sehr rasch diffus fort. Die Erscheinungen wechseln ausserordentlich rasch. Zum totalen Ablauf des Processes braucht es aber meist Wochen und Monate.

Anknüpfend an diese Fälle möchte ich 2. einen Fall von allgemeiner Psoriasis demonstriren mit intensiver Affection der Flachhand und Fusssohle. Die Epidermis ist noch immer gespannt, zeigt gleichmässige Röthung. An den Extremitäten nimmt die ödematöse Schwellung, die so intensiv war, dass man von einer Application der gewöhnlichen Mittel absehen

musste, allmälig ab. Während wir früher mit erweichenden und Compressivverbänden vorgehen mussten, ist der Pat. jetzt so weit gekommen, dass wir schon abwechselnd Ol. Rusci, Wilkinson, Pyrogallus anwenden können. An den Händen, an denen er seit einigen Tagen Kautschukhandschuhe trägt, fängt jetzt erst die Epidermis an, sich zu maceriren, so dass erst jetzt etwas Beweglichkeit möglich ist. In solchen Fällen kann man eben nicht nach der Schablone vorgehen, man muss wechseln nach dem momentanen Effect. Ich erinnere mich an einen Kranken, der, so oft er ein erweichendes Pflaster auflegte, sofort eine Dermatitis bekam. Bei unserem Pat. sind die Hände jetzt leichenblass, kalt, nur hie und da sieht man einen rothen Strich. An einzelnen Stellen ist die Schwiele noch so dick, dass man einen Finger hineinlegen kann. Die Schwiele übt selbst eine Compression aus, so dass die Circulation behindert ist.

Hebra macht auf eine Beobachtung aufmerksam, die er in zwei Fällen machen konnte, die allerdings schon vor 15 Jahren gemacht, aber seitdem nicht beachtet wurde, nämlich auf den Einfluss des Arseniks auf Schwielen der Vola und Planta. Er erinnert an den Fall der Lehrerstochter mit Schwielen an Handfläche und Fusssohle, wo allerdings der Process mit Hyperhydrosis in Zusammenhang gebracht wurde, ohne dass jedoch eine sichere Ursache nachgewiesen werden konnte. Voriges Jahr anlässlich des Congresses sah College Pringel diesen Fall an H.'s Abtheilung und bezeichnete die Schwielenbildung als Folge der Arsenikmedication, bereits Wilson habe diese Beobachtung gemacht. Seit ungefähr einem Jahr wird nun der Arsenik ausgesetzt und der Zustand hat sich so wesentlich gebessert, dass H. wirklich nicht mehr zweifelt, dass der Arsenik die Ursache der Schwielenbildung war. Die Hände, früher schiefergrau und mit zahlreichen grossen Warzen bedeckt, wurden immer blasser, die Schwielen kleiner. Vor einigen Monaten gab H. einem Patienten aus einem anderen Grunde Sol. fowleri. Schon nach 6 Wochen klagte er über Schmerzen in den Fusssohlen und erschwertes, ja unmögliches Gehen. Die Sol. fowleri wurde ausgesetzt und binnen 8 Tagen war das Gehen wieder möglich, nach weiteren 8 Tagen hatten die Schmerzen aufgehört. Salicylpflaster hatte gar keinen Erfolg. Gerade die Hartnäckigkeit der Schwielen gegenüber jeder Behandlung, wie sie Kaposi erwähnte, hat H. den von ihm entwickelten Gedanken nahegelegt.

Kaposi führt aus, dass man ja Psoriatische und Ekzematöse sieht, die enorme Schwielen an Flachhand und Fussohle zeigen, ehe sie Arsenik genommen; ja man findet dies überhaupt in allen Fällen mit chronischer Hyperämie mit oder ohne gleichzeitige Exsudation. Ueber die Möglichkeit einer solchen Wirkung des Arseniks will K. gar keine Meinung äussern. Immer aber ist eine so mächtige Schwielenbildung motivirt durch die von Haus aus mächtige Epidermis, die sich schlecht abhebt, wie man dies deutlich bei Variola sieht. Es wäre ja interessant, wenn eine weitere Reihe von Beobachtungen für die geäusserte Anschauung Anhaltspunkte liefern sollte. Bei der von Hebra angeführten Patientin könnte ja auch die all-

gemeine Ernährung eine solche Besserung erfahren haben, dass die Hyperhidrosis geschwunden ist.

Hebra. Jeder von uns kennt ja die Fälle von Hyperhidrosis, die entweder von selbst aufhören oder einen grossen Theil des Lebens dauern, absolut oder gar nicht schwinden, aber nie mit Schwielenbildung einhergehen. Er möchte also die Schwielenbildung und die Hyperhidrosis nicht zusammenwerfen. Wenn aber auf Darreichung von Arsenik eine Schwielenbildung auftritt, die nach Aussetzen des Mittels wieder schwindet, so ist das wohl auffallend genug. Natürlich wird sich erst bei einem grossen Beobachtungsmaterial ein Schluss ziehen lassen.

Neumann. Jedenfalls wäre es etwas Neues, dass durch das Arsen eine Verdickung der Epidermis herbeigeführt wird. Bis jetzt wissen wir nur, dass der Arsenik eine Verdünnung der Epidermis bewirkt, die sich schon nach 6—8 Wochen einstellt. Wir müssten uns hier die Wirkung in der Art vorstellen, dass der Arsenik an der Ausscheidungsstelle eine Hyperämie hervorruft, die allerdings bei etwa vorhandener Schwielenbildung subjective Erscheinungen hervorruft.

Ehrmann. Diese Wirkung des Arsens hängt gewiss auch von dem betreffenden Individuum ab. In dieser Beziehung möchte er auf den Einfluss des Nervensystems hinweisen. Es ist ja bekannt, dass Clavi und Hyperkeratosis an Flachhand und Fusssohle mit gewissen Nervenkrankheiten zusammenhängen können. Er führt diesbezüglich einen Fall von Tabes mit folgender Demenz aus seiner Erfahrung an. Bei gewissen Leuten könnte ja durch das Arsen die Innervation herabgesetzt und durch seinen Einfluss auf die graue Axe des Rückenmarks leichter solche Hyperkeratosen hervorgerufen werden.

Neumann zeigt 2. eine 37jährige Frau mit Gummata cutanea nasi, bisher unbehandelt. Am rechten Stirnhöcker ein kreuzergrosses, an der Nasenwurzel ein thalergrosses Geschwür mit infiltrirtem steilem, kupferrothem Rande, das Centrum vertieft, drusig uneben. Am Genitale Narben nach Papeln.

3. und 4. Zwei Mädchen, beide Virgines intactae, in der Entwicklung zurückgeblieben. Das eine Mädchen zeigt Gummata pharyngis und Narben nach Keratitis interstialis. Die Uvula und ein Theil des weichen Gaumens fehlen, die hinteren Gaumenbögen theils zerstört, theils mit der hinteren Rachenwand verwachsen. An der letzteren ein fast guldenstückgrosses, mit drusig unebenen Wucherungen versehenes, graugelb belegtes Geschwür. An den Oberschenkeln longitudinale Narbenzüge, dieselben nicht weiter charakteristisch; das andere hat Gummata cruris und antibrachii in Gruppen stehend. Trotzdem an den Genitalien keine Spur eines Primäraffectes nachzuweisen ist, kann man doch nicht von Syphilis hereditaria tarda sprechen, weil man zu diesem Behufe erst die Eltern kennen und die Kinder von der Geburt an beobachten muss. Daher gelingt der Nachweis der Syphilis tarda nur in den wenigsten Fällen, die Möglichkeit einer solchen ist allerdings nicht auszuschliessen.

Neumann zeigt 5. einen 30jähr. Mann mit Onychia syphilitica an einzelnen Fingern beider Hände. Primäraffect im J. 1889.

6. Einen 27jähr. Kranken mit Sclerose und frischem, maculösem Syphilid. Derselbe zeigt ferner an den Unterschenkeln hanfkorngrosse, schuppende und mit dunklen Borken belegte, in Gruppen gestellte Efflorescenzen von braunrother Farbe, die namentlich ihrer Färbung und Gruppirung wegen anfänglich als Gummata cutanea imponirten und somit den Gedanken, es könne sich um eine Reinfection handeln, nahelegten, wo neben frisch acquirirter Syphilis noch tertiäre Erscheinungen bestanden. Bei weiterer Beobachtung erwiesen sich jedoch diese schuppenden Efflorescenzen als solche von Psoriasis vulgaris.

7. Eine 69jähr. Taglöhnerin, mit einem ausgebreiteten Lupus vulgaris papillaris hypertrophicus am l. Fussrücken. Der Fall ist ferner auch wegen des Auftretens dieser Affection in einem so hohen Lebensalter von Interesse. Das Leiden besteht seit 2 Jahren.

Kaposi berichtet über einen von ihm in der vorigen Sitzung zuletzt demonstrirten Kranken. Einige Tage hindurch traten ähnliche Eruptionen auf in Form von lebhaft rothen, fast durchwegs länglichen Knötchen; aus vielen bildeten sich übererbsengrosse, mit wasserheller Flüssigkeit gefüllte Blasen, einzelne mit hämorrhagischer Beimischung, einige getrübt. Wo grössere Blasen sassen, wie in der Regio inguinalis, trat Necrose ein, die necrotischen Massen stiessen sich ab und liessen eine sehr schön scharfrandig begrenzte Fläche mit rothen Granulationen zurück, die an vielen Stellen sich überhäutete. An vielen Stellen waren die Blasendecken mit dem Inhalt zu flächenförmigen Borken vertrocknet, andere Knötchen persistirten mehrere Tage oder wurden blässer. Am folgenden Tage Einhüllung in nasse Tücher. Die Entzündungserscheinungen liessen zwar rasch nach, bald aber stieg die Temperatur wieder auf 40° und darüber, schwankte immer zwischen 39° und 40°. Auf der Zunge Epithelabschürfungen, aber keine Necrose, kein tieferer Substanzverlust. Aus dem wasserhellen Bläscheninhalt entnahm Spiegler Proben, um Culturen anzulegen. Gruber meinte, die Affection erinnere ihn an Rotz. Meteorismus trat auf, Erbrechen, Singultus, Exitus letalis. Bei der Obduction (von Kolisko ausgeführt) fanden sich die inneren Organe vollständig normal. Die angelegten Culturen ergaben das Vorhandensein von kurzen, breiten Bakterien, die Gruber nicht classificiren konnte. An dem Fall ist also bis jetzt alles unklar. K. hat in seinem Leben etwas ähnliches weder gesehen noch in der Literatur gelesen. Der Eindruck einer schweren Krankheit, an der der Kranke zu Grunde gehen könnte, habe sich ihm von Anfang an aufgedrängt.

Lang hatte daran gedacht, ob der Kranke nicht Alkoholiker und daher zu Hämorrhagien disponirt gewesen sei. In solchen Fällen müsse man immer an Sepsis oder an eine Constitutionsanomalie denken.

Kaposi bemerkt, dass die Hämorrhagien ja kein so auffallendes Symptom waren.

Neumann. Nachdem längere Zeit papulöse Efflorescenzen neben Pusteln und gangränösen Stellen bestanden, ist der Fall ein Unicum.

Er erinnert an Fälle, die Stokes beschrieben, wo Blasen mit hämorrhagischem Inhalt bei Kindern, namentlich solchen, die an Tussis convulsiva leiden, an der Haut des Kinnes, in der Gegend des Proc. mastoideus entstehen; dieselben vertrocknen, die Kruste fällt ab, darunter sieht man Geschwüre, die aussehen wie syphilitische. Ferner kommen bei Kindern mit Impetigo gangränosa vorerst Blasen, Pusteln, die nach wenigen Stunden vertrocknen und nach Abfallen der Krusten tiefe Geschwüre zeigen.

Kaposi demonstrirt 3. einen Kranken mit Lupus. An der Unterlippe ein lochförmiger, mit Krusten bedeckter Substanzverlust. Man hätte an Syphilis oder Neubildung denken können. Jetzt, nachdem die Krusten entfernt und durch Compressivverband die complicirende Infiltration geschwunden ist, die Lippe flach erscheint, tritt das fungöse Gewebe zu Tage. Am harten Gaumen ein paar Lupusknötchen. Der Fall ist deshalb schwerer zu diagnosticiren, weil in der Nachbarschaft keine Veränderungen mit den Charakteren des Lupus zu sehen sind.

4. Eine Frau mit einer Sclerose an der Oberlippe und einer Roseola syphilitica.

5. Eine Frau mit 4 Gummata cutanea an der Lippe als Recidivform. Im vorigen Jahr Syphilis.

6. Einen Mann mit einem flachen Epithelialcarcinom an der Unterlippe in Form von 3 isolirten Herden.

Verhandlungen der Berliner dermatologischen Vereinigung.

Sitzung vom 4. Juli 1893.

Vorsitzender: Lewin. Schriftführer: Rosenthal.

I. Gebert stellt aus der Klinik Blaschko's einen Fall von eigenartiger Geschwulstbildung am linken Unterschenkel und in geringem Grade auch am rechten Unter- und Oberschenkel vor. Es handelt sich um einen 65jährigen Arbeiter, der bis vor 5 Jahren gesund war. Er verspürte damals am linken Unterschenkel oberhalb des Malleolus int. starkes Jucken. An dieser Stelle bildete sich eine Geschwulst, die sich langsam vergrössert hat. Auch am anderen Unterschenkel hat sich später die gleiche Affection entwickelt. Es handelt sich dabei um eigenthümliche, z. Th. warzig zerklüftete kleine Geschwülste, die an der Innenseite der betreffenden Extremitäten sitzen und stark geschlängelten Venen folgen. Dieselben sind z. Th. von einem lichenartigen Ekzem umgeben, und erreichen die Höhe von 1—2 Ctm. Die meiste Aehnlichkeit haben sie mit gewöhnlichen Warzen, von denen sie indessen der mikroskopische Bau deutlich unterscheidet. Denn während diese hauptsächlich die epithelialen Gebilde betreffen, handelt es sich hier um ein Tumorgewebe, welches grösstentheils in der Cutis liegt. Dasselbe besteht aus deutlichen bindegewebsförmigen Zellen mit länglichem Kern und ist an manchen Stellen mit Rundzellen durchsetzt. Aehnlichkeit hat das Bild mit dem von Leichentuberkeln und Tuberculosis verrucosa cutis, doch unterscheidet es sich durch das Fehlen eines entzündlichen Hofes und den Mangel an Eiteransammlung. Was das Verhältniss des lichenartigen Ekzems zu den Tumoren betrifft, so fragt es sich, welche von beiden Affectionen die primäre ist. Wahrscheinlich sind die Warzen das primäre und das Ekzem das secundäre, es könnte sich aber auch um einen Lichen verrucosus handeln. Sehr ähnlich ist die Affection demjenigen Bilde, das Kaposi unter dem Namen Lichen moniliformis beschrieben hat, und möchte G. ev. diesem Namen noch die Bezeichnung verrucosus hinzufügen.

II. Palm stellt ein Kind mit einem doppelseitigen Herpes zoster des 3. Trigeminusastes vor, der sich am zweiten Tage einer Angina follicularis plötzlich innerhalb weniger Stunden unter heftigem Brennen entwickelt hat. Dass der Herpes zoster in der Nachbarschaft von erkrankten Organen vorkommt, ist bekannt; ob das in dem vorgestellten Falle ein-

trifft oder ob der Zoster und die Angina gleiche Ursachen haben, ist nicht zu eruiren.

III. Ferner stellt Palm ein 5 Monate altes Kind vor mit einem sehr ausgebreiteten Naevus pigmentosus, der sich vom untern Theil des Rückens bis zum Hinterkopf hinauf erstreckt. Auch auf der Stirn finden sich einige Flecke. Die Schleimhäute sind bisher frei geblieben. Die Mutter behauptet, dass die Affection bei der Geburt entstanden ist. Das Kind ist sonst vollkommen gesund.

IV. Rosenthal stellt den Pat. mit Dermatitis herpetiformis vor, von dem er bereits in der vorigen Sitzung gesprochen hat. Es handelt sich um einen 23jährigen Kaufmann, der im Alter von 2—3 Jahren eine Gehirnentzündung und später einen Darmcatarrh durchmachte. Vor 5 Jahren bemerkte er im Anschluss an einen Anfall von Diphtherie einen juckenden Ausschlag im Gesicht, der sich allmälig über den ganzen Körper ausbreitete und in häufigen Intervallen wiederkehrte. Pat., der inzwischen vielfach behandelt ist, befindet sich seit dem 25. Mai in der Klinik R's. Er zeigte damals auf dem Körper vielfache, in kleinen Herden und segmentartig angeordnete Efflorescenzen von polymorpher Form, erythematös, papulös und vesiculös, zwischendurch auch viele Krusten, die daher rührten, dass Pat. sich in Folge eines starken, die Nachtruhe störenden Juckreizes intensiv kratzte. Zwischendurch bestanden auf der Haut tiefe Pigmentationen, welche den Beweis lieferten, dass Pat. seit Jahren an einer Hautaffection leidet. Der Ausschlag erstreckte sich ziemlich gleichmässig vom Scheitel bis zu den Zehen; am meisten befallen waren Bauch und Rücken. Pat. wurde mit Antipyrin behandelt, das entschieden den Juckreiz verminderte, nebenbei mit Salben, z. B. Salicylvaselin, er hat Theerbäder bekommen und in letzter Zeit vielfach geschwitzt. Der Process ist jetzt in der Abnahme, das Gesicht ist fast vollkommen frei. Alle Erfordernisse für eine Dermatitis herpetiformis treffen bei dem vorgestellten Kranken zu: 1. die polymorphe Gestalt des Ekzems, 2. der heftige Juckreiz, der sich über den ganzen Körper erstreckt, 3. die lange Dauer, die durch häufige freie Intervalle unterbrochen wird und 4. das sonstige gute Allgemeinbefinden.

V. Lewin stellt einen Pat. vor, der sich i. J. 1882 eine Sclerose zugezogen und nachher mehrere Curen durchgemacht hatte. Jetzt zeigt Pat. auf der Stirn ein Gummi, das seit angeblich drei Jahren besteht und besonders in letzter Zeit gewachsen und ulcerös zerfallen ist. Bemerkenswerth ist, dass man beim Betasten eine tiefe Impression und einen hervortretenden, knochigen Rand fühlt, die von einer sog. Caries sicca herrühren. L. hat dieselbe bisher nur an der Stirn beobachtet. Er glaubt, dass die Atrophie des Knochens durch das Verhältniss der Tabula ext. zur Tabula int. hervorgerufen wird. Ferner zeichnet sich der Fall durch eine vollkommene Atrophie der Zungenbalgdrüsen aus. Wenn man mit dem Finger untersucht, so fühlt man am Rande der Epiglottis eine deutliche Narbe, die auf einem kleinen Defect sitzt. Nebenbei besteht eine gewisse Anästhesie der hinteren Pharynxwand und der Zungenwurzel.

Diese letztere Eigenthümlichkeit findet man gewöhnlich nur bei Hysterischen.

Mankiewicz führt in Bezug auf die letzte Bemerkung des Vortragenden an, dass er sich die Mühe genommen hat, das gesammte ihm zugängliche Krankenmaterial zu untersuchen, und gefunden hat, dass man gerade bei Leuten, die als nervös gelten, den Spiegel häufig bis an die hintere Rachenwand drücken kann, ohne dass sie die Empfindung von einem Fremdkörper haben. Also nicht nur bei hysterischen, sondern auch bei nervösen Personen gelten diese Erscheinungen.

Lewin betont, dass es möglich ist, dass dieses Symptom durch Druck auf den Glosso-Pharyngeus entsteht.

Lassar bemerkt, dass er einen Fall von Caries sicca des Os parietale beobachtet hat.

VI. Lewin stellt einen Kutscher aus gesunder Familie vor, welcher selbst immer gesund gewesen ist und nur seit der Kindheit an linsengrossen Pigmentflecken gelitten hat. Vor 5 Jahren begann einer dieser Flecke am Thorax grösser zu werden; derselbe wurde vor bald zwei Jahren exstirpirt. Der Tumor ist aber nachher wieder gewachsen. Derselbe ist leicht blutend, champignonartig und zeigt eine bläuliche Verfärbung. In der rechten Achselhöhle besteht eine deutliche Metastase; die Axillardrüsen sind höher gelegen und fühlbar. Es fragt sich, ob es sich um ein Sarcom oder ein Carcinom handelt. Das mikroskopische Bild spricht eher für das erstere als für das letztere, mit Bestimmtheit gibt dasselbe aber über diese Frage keine Auskunft; nur enthält es sehr viel Pigment, wie es gerade bei Sarcomen vorkommt. Der Pat. wird subcutan mit Arsenik behandelt.

L. zeigt im Anschluss daran zwei Abbildungen, von denen die eine einen Kranken mit multiplen Pigmentsarcomen darstellt. Es entstanden bei demselben zuerst Flecke, die, wenn man sie untersuchte, das histologische Gewebe eines vollendeten Sarcoms zeigten. Der Pigmententwicklung auf dem Körper ging eine Erkrankung der Chorioidea voraus. Der Fall endete letal. Auf der zweiten Abbildung ist das mikroskopische Bild sichtbar, das sich durch die Anwesenheit zahlreicher Alveolen auszeichnet. Billroth hat einen ähnlichen Fall als Alveolarsarcom beschrieben.

L. zeigt schliesslich die Abbildungen von allen derartigen Fällen, die bis vor 10 oder 15 Jahren bekannt waren.

Hofmann fragt, ob der Augenhintergrund bei dem betreff. Pat. untersucht worden ist.

Lewin verneint die Frage.

Hoffmann unterstützt die Diagnose Sarcom; es scheint ihm aber nicht klar, von welcher Stelle dasselbe seinen Ursprung hat.

Mankiewicz erwähnt einen Fall, den Abel in der medicinischen Gesellschaft vorgestellt hatte und den er Gelegenheit hatte, öfter zu sehen. Es handelt sich um eine Gravida, die einen Tumor der Mamma hatte; bei der Geburt wurde derselbe entfernt. Nach dem Wochenbett traten auf dem ganzen Körper bläuliche Flecke auf, die sich in Knoten umwandelten und schliesslich die Pat. ganz und gar bedeckten.

Grimm macht darauf aufmerksam, dass es ein bekanntes Factum sei, dass nach Exstirpationen von melanotischen Sarcomen, selbst wenn sie ausgiebig exstirpirt werden, in kürzerer oder längerer Zeit massenhaft Metastasen eintreten.

Lassar möchte die gelegentlich gemachte Bemerkung Lewin's, dass tertiäre Syphilis nicht übertragbar ist, nicht unwidersprochen lassen. Er behält sich vor, auf diese Frage ausführlicher zurückzukommen.

VII. Isaac stellt eine Frau vor, die bereits vor einiger Zeit von Bruck der Gesellschaft gezeigt wurde. Es wurde damals ein Wachsabdruck von der betr. Affection angefertigt, der mit vorgelegt wird. Es handelte sich um eine Affection der Nägel und der Finger beider Hände. Pat. ist inzwischen mit einer 10%gen Pyrogallussäure behandelt und bedeutend gebessert worden. Die Diagnose war damals fraglich. I. glaubte an eine localisirte Psoriasis; durch die Behandlung hat sich diese Diagnose bestätigt.

VIII. Discussion über den Vortrag Isaac's: Ueber die Beziehungen der Tabes zur Syphilis.

Es wird zunächst zur Debatte gestellt These I:

„Die Statistiken haben zu viele Fehlerquellen, um zu einem sicheren Resultate über den ätiologischen Zusammenhang zwischen Lues und Tabes zu gelangen.“

Rosenthal hätte gern die Einwände, die er gegen alle Thesen I.'s hat, zusammen vorgebracht. Er hält es für verdienstvoll, das Thema, das seit Jahren in der Literatur auf der Tagesordnung steht, zur Discussion zu stellen, glaubt aber, dass die Gesellschaft nicht das richtige Forum ist, weil die Syphilidologen im allgemeinen nur wenig Tabesfälle sehen, während die meisten derartigen Kranken Neuropathologen aufsuchen. Der einzige in der Gesellschaft, dem vielleicht eine grosse Reihe von Erfahrungen persönlich zu Gebote steht, ist Geh. R. Lewin. Da aber das Thema besprochen ist, so hält R. es für richtig, dass die Ansichten Isaac's mit denen er nicht übereinstimmt, nicht unwidersprochen bleiben. Wenn Isaac behauptet, dass die Statistiken an zu vielen Fehlerquellen leiden, so hat er sich die Sache entschieden leicht gemacht. Den Beweis für seine Behauptungen ist er schuldig geblieben. Was die letzte Dinkler'sche Arbeit aus der Erb'schen Klinik betrifft, so ist zweifelsohne, dass der eine oder der andere Fall nicht bestimmte syphilitische Antecedentien hat. Dagegen besitzen wir eine Statistik von Fournier — und Isaac wird dessen syphilitische Kenntnisse wohl anerkennen — die folgendermassen lautet: Im Jahre 1882 brachte Fournier eine erste Liste von 119 Fällen mit und 9 Fällen ohne syphilitische Antecedentien. Zwei Jahre später führte er eine zweite Zusammenstellung von 146 neuen Fällen an. Davon sind 112 mit unzweifelhaft syphilitischen, 22 mit zweifelhaften und 9 ohne syphilitische Antecedentien; 3 waren mit wahrscheinlicher hereditärer Syphilis behaftet. Diese beiden Statistiken zusammen geben also 231 Fälle mit und 18 Fälle ohne Syphilis, d. h. 93%. Den Beweis, dass diese Statistik an einer Fehlerquelle leidet, muss Isaac erst bringen,

bevor er die Folgerungen, die Fournier daraus schliesst, umstösst. Selbst wenn hiervon noch einige Fälle abzuziehen wären, so bleibt immer noch ein grosser Procentsatz übrig. Auch hat Isaac keine Daten von seinen Krankheitsfällen angeführt. Wenn er die Fehler in anderen Statistiken rügt, so hätte er vor allen Dingen eine einwandsfreie Zusammenstellung geben müssen. Man weiss also nicht einmal, wie sich der Procentsatz dieser Fälle zu denjenigen, die von Klinikern wie Erb, Fournier etc. gegeben sind, stellt.

Blaschko glaubt, dass von allen Thesen Isaac's die erste noch am wenigsten Widerspruch erfahren wird. Sicher hat Rosenthal Recht, dass es Statistiken gibt, welche den Einwurf Isaac's nicht verdienen. Aber ein grosser Theil ist in der That ausserordentlich mangelhaft. B. möchte vor allen Dingen bei diesem Punkte auf die sehr ungenügende Art und Weise hindeuten, wie Nichtspecialisten die Anamnese auf Syphilis zu erheben pflegen. Er glaubt deshalb, dass es nützlich sein wird, in Zukunft bei der Beurtheilung der Frage, ob ein Pat. Syphilis gehabt hat oder nicht, vorsichtiger zu verfahren. Es dürfen sich die Erörterungen nicht nur auf die Frage beschränken, ob der Betreffende einen Schanker gehabt hat, sondern ob eine Reihe von Consecutiverscheinungen eingetreten sind oder nicht. Die Frage nach der Nachkommenschaft ist ein Punkt, der oft übersehen wird und der einen gewissen Ausschlag gibt. Lewin hat zu wiederholten Malen auf zwei Symptome hingewiesen, welche bei tertiärer Syphilis als unzweifelhafte Beweise gelten können, die glatte Atrophie der Zungenwurzel und die Hodenerkrankung. B. warnt davor, diesen beiden Symptomen, namentlich dem letzteren, eine zu grosse Aufmerksamkeit zu schenken, weil es sich dabei um Raritäten handelt. Die Aufmerksamkeit muss sich auf die Erscheinungen richten, die allgemein und häufig sind. Es wird deshalb nothwendig sein, wenn der Befund beim Pat. selbst negativ ist, auch die Nachkommenschaft zu untersuchen. B. erinnert dabei an die sog. Hutchinson'chen Zähne, welche nach seiner Meinung ein absoluter Beweis hereditärer Syphilis sind. Dass diese Missbildung in Misscredit gekommen ist, hängt damit zusammen, dass eine grosse Zahl von Aerzten nicht weiss, was Hutchinson als diese Deformität beschrieben hat. Was auf der anderen Seite die Statistiken in ausserordentlicher Weise beeinträchtigt, ist der Umstand, dass eine ganze Zahl von Pat. mit der Zeit bona fide vergessen, dass sie krank waren. So hat vor einigen Jahren Hugo Neumann an einem grossen Krankenmaterial aus Moabit nachgewiesen, dass nicht, wie man nach der Regel der Mathematik verlangen könnte, die Zahl derer, welche Syphilis gehabt hat, von Jahr zu Jahr zunimmt, sondern dass sie abnimmt. Das beweist, dass die Pat. im Laufe der Zeit ganz vergessen haben, dass sie krank waren. Aber abgesehen von diesen Fehlerquellen muss man doch sagen, dass die von zuverlässigen Autoren vorgebrachten Statistiken zu Recht bestehen, denn dieselben Fehler werden bei allen Pat. und nicht nur bei Syphilitikern gemacht. Wenn Erb z. B. 90% von

Syphilis bei Tabikern und 22·5% bei Nichttabikern angibt, so ist doch in beiden Fällen die Anamnese in gleicher Weise erhoben worden.

Heller findet auch, dass Isaac sich die Sache leicht gemacht hat. Fournier weist z. B. in einer neueren Arbeit über progressive Paralyse und Syphilis darauf hin, dass bei dieser Affection in 60% Syphilis anamnesisch nachgewiesen werden konnte, während bei anderen Geisteskrankheiten das nur in 10% der Fall war.

Lewin ist ebenfalls der Ansicht, dass die Frage mehr vor das Forum der Neurologen gehört; da diese darüber uneinig sind, so wird hier die Frage ebenfalls nicht zur Entscheidung kommen. L. selbst hat ungefähr 100 Fälle beobachtet; er ist aber noch nicht in der Lage gewesen, eine genaue Statistik anzufertigen. Er glaubt, dass Fournier's Statistik in Paris selbst angezweifelt wird und möchte daher von dieser Statistik absehen. Wenn man bedenkt, dass manche Autoren den Befund einer Narbe auf Syphilis zurückführen, so muss man dagegen anführen, dass eine Narbe ohne weiteres gar keinen Rückschluss gestattet, da ein Ulcus molle ebenfalls eine solche erzeugt. Auch ist es nicht richtig, auf Syphilis zu schliessen, selbst wenn der Pat. sagt, dass er einen harten Schanker gehabt und geschmiert hat. Ebenso ist es mit dem Exanthem. Wie häufig wird ein solches für syphilitisch gehalten, das nicht das geringste damit zu thun hat. Nicht minder ist das der Fall mit den Hals- und Mundaffectionen, die ebenfalls häufig für specifisch gehalten werden und es nicht sind. Auch die Drüsen werden stets als ein Beweis angeführt; im tertiären Stadium sind dieselben indessen sehr klein oder fehlen vollständig. Das alles spricht für die These Isaac's. Wenn man aber auf der anderen Seite sieht, dass Strümpell z. B. herausgefunden hat, dass in 62% Tabiker bestimmt an Syphilis gelitten haben, und er deshalb zu dem Resultat kommt, dass er noch keinen Fall von Tabes gesehen habe, wo Syphilis mit Bestimmtheit auszuschliessen wäre, so ist das doch sehr wichtig. Zu demselben Resultat sind übrigens auch Mendel und Jolly gekommen. Dazu kömmt noch, dass die Tabes in allen Classen und besonders in der Stadt in jedem Alter vorkömmt, dass dieselbe gewöhnlich in einem Alter auftritt, bei dem ein Rückschluss auf eine vorangegangene Affection möglich ist und dass Männer häufiger befallen und auch inficirt werden als Frauen. Es gibt aber 10 Fälle von Kindern im Alter von 10—18 Jahren, die an Tabes erkrankten, und bei denen nachgewiesen wurde, dass die Eltern krank waren und dass sie selbst zu gleicher Zeit hereditäre Syphilis hatten. Ein solcher Fall ist erst jetzt aus Breslau veröffentlicht worden, ebenso hat Hirschberg drei derartige Fälle publicirt. Was die Zungenbalgdrüsen anbetrifft, so nimmt Virchow ebenfalls diesen Befund als absolut pathognostisch an und wenn jemand einen Gummiknoten im Hoden hat, so ist der Betreffende mit Sicherheit tertiär syphilitisch. Diese beiden Befunde haben natürlich nur einen absoluten Werth, wenn sie vorhanden sind.

O. Rosenthal.

Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Erythematöse, ekzematöse, parenchymatöse Entzündungsprocesse.

1. **Eichhorst**. Zur Kenntniss des Antipyrinexanthems. Ther. Monatsh. 1892. Nr. 8.
2. **Forssberg**, Edv. Ueber Quinckes „acutes circumscriptes Oedem". Hygiea. 1892. Januar.
3. **Philippson**. Aus Dr. Unna's Klinik in Hamburg-Eimsbüttel. Ein Fall von Lupus erythematosus. disseminat. mit Gelenkaffection. Berl. klin. Wochenschr. 1892. Nr. 35.
4. **Möller**, Dr. M. Ein Fall von Lichen ruber planus mit Affection der Mundschleimhaut. Hygiea. April 1882.
5. **Senger**. Multipel auftretender Brand der Haut. 21. Congr. d. deutsch. Gesellsch. für Chirurg. D. med. Wochenschr. 1892. Nr. 33.
6. **Waugh**, William F. Herpes zoster. A case. The Times and Register. 15. October 1892.
7. **Ssemtschenko**, G. D. Zur Lehre vom Pemphigus neonatorum. Wratsch 1892. Nr. 48 pag. 1213.
8. **Murray**, Alan B. The treatment of carbuncle by injection of carbolic acid. Med. Record. 15. Oct. 1892.
9. **Kianizin**. Zur Frage der Todesursache bei ausgedehnten Verbrennungen der Haut. Vorläufige Mittheilung. Wratsch 1892. Nr. 16.
10. **Jessner**. Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. Therap. Monatsh. 1892. Nr. 10.
11. **Suboff**. Die Behandlung des Geschwürs von Pendeh (ulcus tropicum) mit Methylviolett. Wratsch 1892. Nr. 39 p. 980.
12. **Popoff**, D. D. Ueber Elephantiasis labiorum minorum in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung. Wratsch 1892. Nr. 3 p. 66. Sitzung der Gesellschaft russischer Aerzte vom 9. Jänner 1892.
13. **Lwow**, J. M. Elephantiasis der Mammae. Wratsch 1892. Nr. 37 p. 926.
14. **Gerhardt**. Ueber Erythromelalgie. D. med. Wochenschr. 1892. Nr. 39.
15. **Gerhardt**. Ueber Erythromelalgie. Vortrag geh. in der Ges. der Charité-Aerzte am 30. Juni 1892. Berl. klin. Wchschr. 1892. Nr. 45.
16. **Senator**. Ueber Erythromelalgie. Vortrag geh. in der Gesellsch. der Charité-Aerzte am 30. Juni 1892. Berl. kl. Wochenschr. Nr. 45, 1892.

17. **Bernhardt**. Ueber Erythromelalgie. Vortrag geh. in d. Ges. d. Charité-Aerzte am 30. Juni 1892. Berl. klin. Wochenschr. 1892. Nr. 45.
18. Ueber Erythromelalgie. Sitzung der Gesellsch. der Charité-Aerzte am 30. Juni 1892. Berl. klin. Wochenschr. 1892. Nr. 45.
19. Ueber Erythromelalgie. Sitzung der Berliner medic. Gesellschaft vom 9. Nov. 1892. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 48, 1892.
20. **Klotz**. Case of periodical erythema of the palms and soles followed by shedding of the epidermis. New York derm. Soc. Journ. of cut. and gen.-ur. dis. Jan. 1893.
21. **Wolberg**, L. Erythema nodosum bei Kindern. (Erythema nodosum u dzieci.) Gazeta Lekarska. Nr. 32. J. 1892.
22. **Whitmore Steele**. A case of dermatitis exfoliativa. Med. Record. N. Y. 19. Nov. 1892.
23. **Campbell**. Williams. Two cases of dermatitis gangrenosa infantum. The Lancet. 12. Nov. 1892.
24. **Blanc**, William. Ein Fall von Hautabschuppung. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. Jan. 1893. Rede vor der „Tri-State med. assoc." in Chatanooga. Tenn. Oct. 1892.
25. **Elsenberg**, A. Salolum camphoratum zur Behandlung der Furunkel und Anthraxe angewendet. (Salolum camphoratum w zastosowaniu do leczenia wrzedzionek i anthraxów.) Gazeta Lekarska. Nr. 32. 1892.
26. **Vidal**, E. Betrachtungen über die Prurigo (Hebra). Vortrag, geh. in der Sitzg. vom 6. Sept. 1892 des II. internat. Dermat.-Congresses in Wien. Monatsh. f. prakt. Derm. Nr. 1. 1893.
27. **Fox**. Report on the effects of Thilanin and Tumenol. Journ. of cut. and gen.-ur. dis. Febr. 1893. New York derm. Soc.
28. **Malcolm Morris**. Lupus erythemadosus. The Brit. Journ. of Derm. Nov. 1892.
29. **Pollitzer**, S. Prickly heat. Lichen tropicus. Miliaria papulosa, Mil· rubra. Journ. of cut. and gen.-ur. dis. Febr. 1893.
30. **Fox**. Case for Diagnosis. New York derm. Soc. Journ. of cut. and gen.-ur. dis. Febr. 1893.
31. **Lewin**, G. Pemphigus hystericus. Sitzungsbericht der Berl. med. Ges. Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 47.
32. **Quimby**, Charles E. The treatment of ulcers by strapping. Med. Record. N. Y. 31. Dec. 1892.
33. **Giovannini**, S. Ueber die histologischen Veränderungen der syphilitischen Alopecie und ihr Verhältniss zu den Veränderungen der Alopecie areata. Monatsh. f. pr. Derm. XVI. 4. 15 .Febr. 1893.
34. **Fox**, George Henry. A case of socalled colloid degeneration of the skin. Journ. of cut. and gen.-ur. dis. Febr. 1893.

(1) Eichhorst beobachtete bei einem 28jährigen Corporal ein Masern ähnliches Exanthem, das den ganzen Rumpf und die Oberschenkel einnahm, das Gesicht dagegen fast vollständig und die Schleimhaut des Mundes ganz freiliess. Dasselbe schwand nach 7 Tagen langsam ohne Abschuppung. E. führt dasselbe auf eine Dosis von 0,5

Antipyrin zurück, das Patient 10 Tage früher genommen hatte und fasst dasselbe als Spätexanthem auf. Dagegen sah er ein Früh- und ein recidivirendes Antipyrin-Exanthem bei einem 23jährigen Studenten der Medicin. Schon eine Stunde nachdem Patient ein Gramm des Medikaments genommen hatte, zeigte sich ein grossfleckiges, ausgebreitetes Exanthem, das schon nach einigen Stunden wieder verschwunden war. Erst 4 Tage später trat zum zweiten Male ein Masern ähnlicher kleinfleckiger Ausschlag auf, der mehrere Tage bestehen blieb.

O. Rosenthal.

(2) Der Verfasser führt folgende Fälle an: Eine 58jährige Frau wurde am 4. August 1890 von einem Insect in die rechte Hand gestochen; während der beiden folgenden Tage schwoll der rechte Arm an; alle Geschwulst war jedoch nach einigen Tagen verschwunden. Nach dieser Zeit trat einige Monate hindurch ungefähr alle 14 Tage bald hier, bald da am Körper, zumeist aber an den Armen und Beinen, ohne jede denkbare Veranlassung, ein circumscriptes Oedem auf. Der Verfasser sagt, dass die Haut an den angegriffenen Stellen äusserst ausgespannt und von einer durchsichtigen, weisslichen, porzellanähnlichen Farbe war, sich hart anfühlte und einen unbedeutenden Eindruck vom Finger zeigte. Nach ein paar Tagen war das Oedem stets verschwunden. Einmal, als das Oedem seinen Sitz an dem unteren Theil des Gesichtes hatte, schwollen auch die Zunge und der Gaumenbogen an, wodurch eine höchst bedeutende Dyspnoe hervorgerufen wurde. Seit dem Frühjar 1891 hat die Patientin nur zwei gelinde Anfälle gehabt. Niemals hat sie einen Anfall von Urticaria gehabt, und ihre Gesundheit ist stets eine gute gewesen. Der Verfasser ist der Ansicht, dass die Benennung „periodisches vasomotrisches Oedem“ passender als „acutes circumscriptes Oedem“ ist.

E. Welander.

(3) Die 24jährige Patientin erkrankte mehrere Monate später, nachdem sie starken Haarausfall an den Schläfen und eine schmerzhafte Röthe des Nagelfalzes wahrgenommen hatte, an acutem Gelenksrheumatismus, der sie 6 Wochen an das Bett fesselte und auch nachher noch leichte Schwellungen der Finger- und Schmerzhaftigkeit der grösseren Gelenke zurückliess. Im Laufe von 1—2 Monaten breitete sich das Hautleiden über den Körper aus. So zeigten sich charakteristische Lup. erythem. Efflorescenzen und Plaques auf verschiedenen Stellen des Gesichts, der Kopfhaut, an vier Punkten des Rückens und auf den Phalangen. Auch auf der Schleimhaut der rechten Wange wurde ein blutrother ovaler Fleck, der von einem opaken Rande umgeben war, gesehen.

Die Patientin wurde mit gutem Erfolge mit dem Flachbrenner behandelt.

O. Rosenthal.

(4) Ein 31jähriger Mann bekam Papeln an dem Penis, Scrotum und Körper, sowie eine Plaque in der Schleimhaut des Mundes. Der Ausschlag erweist sich als Lichen. Der Verfasser excidirte eine Papel, konnte aber nichts anderes finden, als was schon vorher ziemlich gut bekannt war. Er hebt das Interesse des Falles in differential-

diagnostischer Hinsicht hervor; denn man konnte die Krankheit mit Syphilis verwechseln. E. Welander.

(5) Senger stellt eine 26jährige Patientin vor, die sich vor drei Jahren eine Nadel in die Brust gestossen hatte. Darauf bildeten sich auf der linken Brust eine grosse Anzahl von Geschwüren. Die ganze Brusthaut wurde exstirpirt und der Verlust theils durch Hautverschiebung, theils durch Thiersch'sche Transplantation gedeckt. Nach 3–4 Wochen fielen die überpflanzten Hautstückchen nekrotisch ab und es bildeten sich neue Brandherde und Geschwüre. Da nebenbei Ameisenkriechen, taubes Gefühl und eine Sensibilitätsherabsetzung am Thorax bestand, so nimmt S., gestützt auf negative mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen, eine centrale, nervöse Störung an und stellt den Fall 5—6 ähnlichen schon beschriebenen (Doutrelepont, Neisser) an die Seite. O. Rosenthal.

(7) Ssemtschenko verfügt über 5 Fälle, von denen einer letal endigte; alle 5 Kinder waren von derselben (geprüften) Hebamme empfangen worden. In einem Falle erkrankten ausser dem Neugeborenen noch die Wöchnerin und 2 ältere Geschwister, in einem anderen hatten Mutter und Wärterin auch Pemphigusblasen. Die Mutter des gestorbenen Kindes hatte Blasen an den Füssen. Das Kind starb an Erbrechen und Durchfall. Diese 5 Fälle hat S. innerhalb 4 Wochen beobachtet, bis dahin in 11 Jahren keinen einzigen. In der Stadt sind um diese Zeit keine weiteren Fälle vorgekommen. Strauch.

(8) Murray empfiehlt reine Carbolsäure tief in den Karbunkel zu injiciren; der Schmerz ist nur momentan, die Wirkung angeblich eine ausgezeichnete: nämlich die starken Schmerzen und das schlechte Allgemeinbefinden schwinden schon nach 48 Stunden, der Verlauf der Entzündung wird abgekürzt. Sternthal.

(9) Es ist Kianizin gelungen aus dem Blut, den inneren Organen und dem Urin von Thieren, die er in Chloroformnarkose theils mit Wasser von 70—98° C., theils mit angezündetem Benzin verbrühte einen giftigen Körper (Ptomäin) zu gewinnen, durch dessen Injection er bei Fröschen, Kaninchen und Hunden den der Verbrennung analoge Symptome erzeugen konnte. Das Gift steht, seiner physiologischen Wirkung nach, dem Leichenmuskarin, dem Brieger'schen Neurin und Peptotoxin (letzterem auch seinen physikalischen und chemischen Eigenschaften nach) nahe. Die Thiere wurden durch Durchschneidung der Carotiden getödtet, wenn die Temperatur zu sinken begann. Das gewonnene Blut, die inneren Organe und der Harn wurden sofort bearbeitet. Letzterer enthielt stets nur geringe Mengen. Die Stas-Otto'sche Methode ergab keine Resultate, wohl aber die Briegersche; die besten ergab die von Brieger für das Peptotoxin angegebene Modification seiner Methode. Das Blut, die inneren Organe und der Urin gesunder Thiere enthielten diesen Körper nicht, was beweist, dass er kein chemisches Product der Bearbeitung ist.

Die Eigenschaften des neuen Ptomains sind: Es ist ein amorpher, leicht gelblicher, bis gelblich-bräunlicher Körper von ätzendem unangenehmen Geruch, leicht löslich in Wasser und Alkohol, unlöslich in Aether, schwer löslich in Chloroform und Benzin. Von den Alkaloidreactionen gibt er folgende: mit Jodjodkali und Jodsäure sehr reichliche rothbraune Niederschläge, mit phosphormolybdänsauren und phosphorwolframsaurem Natron und Meyer's Reagens reichliche weisse Niederschläge, Milton's Reagens gibt einen sehr reichlichen weissen käsigen Niederschlag, der sich an der Luft röthet. Jodkali und Jodwismuth gibt eine geringe orange Füllung, Gerbsäure eine braune, Sublimat eine weisse, rothes Blutlaugensalz und Eisenchlorid — Berlinerblau, Platinchlorid und Goldchlorid einen geringen gelblichen Niederschlag.

Specielle Reactionen sind: Frochde's Reagens, blauviolette Färbung, die in blaugrüne, Mondeliu's Reagens — rosaviolette, die in grüne, Erdmann's Reagens röthliche, die in gelbliche Färbung übergeht.

Von den Symptomen der Verbrennung bezieht K. einen Theil, den er durch Injection seines Ptomäins hervorrufen konnte, wie das Sinken der Temperatur, der Herzthätigkeit, des Pulses und des Blutdrucks, ferner die Diarrhoe, das Erbrechen, die Mattigkeit, die Apathie und Schlafsucht auf das neue Ptomäin, weitere wie die heerdweise Läsion der Nieren und anderer parenchymatöser Organe, den blutigen Urin und die Ulcerationen im Duodenum auf Verstopfung der kleinen Arterien, Venen und Capillaren durch das zerstörte Blut. Ausserdem könnten die Veränderungen in den parenchymatösen Organen, namentlich den Nieren, auch direct durch das Gift bedingt sein. Fälle von plötzlichem Tod nach sehr ausgedehnten Verbrennungen will er auf Shok oder Embolien in lebenswichtigen Organen, wie z. B. der Medulla oblongata beziehen. Strauch.

(10) Jessner empfiehlt auf das Wärmste die von Unna angegebene Methode der Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, die in der Anlage eines Gazeleinverbands besteht. J. bedeckt das Geschwür selbst mit einer Spur Jodoform und Silk protectiv, damit das Secret besser abfliessen kann. Zur Nachbehandlung soll einige Monate hindurch der gleiche Verband getragen oder der betreffende Unterschenkel eingeleimt, mit Watte betupft und eine Tricotschlauchbinde angelegt werden. O. Rosenthal.

(11) Die Frage, ob der von Heydenreich und Duelaux gefundene Mikrococcus specifisch für das ulcus tropicum sei oder nicht, lässt Suboff offen. Er hält das Pendeh-Geschwür für ein infectiöses Granulom und hat ihn die Aehnlichkeit mit malignen Neubildungen auf den Gedanken gebracht, das Geschwür nach der Mosetig-Moorhof'schen Tinctionsmethode zu behandeln. Er entfernte mit der Pinzette oder erweichte den etwaigen Schorf mit einer 5% Lösung von Aethylviolett. Ehe er das Pyoktanin erhielt, hat er Salontinte von Leonhardi in Dresden verwandt; die Erfolge waren die gleichen. Nachdem die

aufgepinselte Lösung eingetrocknet war, hat er, je nach Grösse und Lage des Geschwürs, dasselbe entweder trocken verbunden oder unbedeckt gelassen. Zuweilen genügte eine Pinselung; es bildete sich dann ein trockener dünner Schorf, der nach 5—6 Tagen abfiel und eine glatte pigmentirte Narbe hinterliess. Häufiger, namentlich in vernachlässigten Fällen bildete sich ein dicker poröser Schorf, die Umgebung des Geschwürs röthete sich und schwoll an, der Schorf hob sich stellenweise ab. Unter demselben befand sich dann dicker Eiter. Eine Absonderung einer halbdurchsichtigen Flüssigkeit, wie in nicht behandelten Fällen, hat S. nie beobachtet. In solchen Fällen wurde dann das Verfahren wiederholt. Recidive an schon vernarbten Stellen hat er nur zwei beobachtet, einen Aufbruch neuer Geschwüre nicht so selten. Zuweilen erhielt das Geschwür einen serpiginösen Charakter. S. hält das Pyoktanin zum Theile für ein Desinficiens, die Hauptwirkung sieht er mit Mosetig im Kerntod und aseptischer Nekrose. Letzteres scheint ihm um so wahrscheinlicher, als stärkere Antiseptika (Carbol, Sublimat, Jodoform) keinen trockenen Schorf erzeugen und den Verlauf nicht abkürzen. Von seinen 87 Fällen hat er 50 bis zu Ende beobachtet, die Durchschnittsdauer der Behandlung der letzteren war 19·7 Tage. Auf die Schnelligkeit der Verheilung hat die Localisation grossen Einfluss. Die an den Zehen befindlichen kleinen Geschwüre heilten viel langsamer als grössere, die nicht solchen Reizen ausgesetzt waren. Die Behandlung war ambulatorisch. S. stellt weitere Berichte in Aussicht.

Strauch.

(12) Der von Popoff 1890 beobachtete Fall ist folgender: L. P. 20 a. n. ledig, Papeln seit dem 13. Jahr alle 2—3 Monate, keine Anzeichen von Syphilis, auch die Verwandten sollen gesund sein. Seit Beginn der Menses hat sie zuweilen eine schleimige Absonderung aus den Genitalien bemerkt. 1887 bemerkte sie zuerst eine Anschwellung des linken Unterschenkels, dann auch des rechten; später ging die Anschwellung auch auf die Oberschenkel über. Seit 1888 vergrösserten sich auch die äusseren Genitalien. Gegenwärtig ist die linke kl. Schamlippe 18 Cm. lang, grösster Umfang 24 Cm., von gleichmässiger mittlerer Härte. Die Oberfläche des Tumors ist an der Basis glatt, am verdickten unteren Ende knollig und rauh, von dunkler Färbung. Die rechte kl. Schamlippe ist 6 Cm. lang von gleicher Beschaffenheit.

Trotz Bädern, Einwickelungen, Ruhelage wuchsen die Tumoren, daher nach 3 Monaten Excision; prima intentio. Der Tumor der linken kleinen Schamlippe wog 75 Gr., der der rechten 25. Bei der Entlassung war die linke kleine Schamlippe 4 Cm. lang, die rechte 3, von fast normaler Form. 8 Monate später Status idem.

Das Mikroskop zeigte: Normales Epithel, die Papillen stellenweise verbreitert und verlängert. Das Rete Malpighii bildet hier längere Zapfen. Das zartfaserige Gewebe der Papillen durchsetzt von Lymphkörperchen, die um die verbreiterten Lymphspalten angehäuft sind. In den tieferen Schichten theils zerstreute, theils um Lymphspalten und

ectasirte Venen angehäufte Leucocyten. Die fixen Gewebselemente, namentlich um die Blutgefässe, im Zustande der Mitose, doch ist im Ganzen wenig junges Bindegewebe gebildet. Stellenweise Oedem, die Nerven sowohl im Längs- als im Querschnitt unverändert.

P. zieht folgende Schlüsse: 1. Die kl. Schamlippen werden seltener (10·8% aller Elephantiasisfälle) als die grossen (43·5%) befallen. 2. Die Elephantiasis erscheint in einzelnen Fällen als Folge von Lymphangioitis. 3. Die weiblichen Genitalien werden am häufigsten in der Blüthe der Geschlechtsthätigkeit befallen. 4. Die Excision der kl. Schamlippen bei Elephantiasis ist indicirt. 5. Die locale Reaction des befallenen Organs besteht in einer starken Erweiterung der Lymphgefässe und Venen und einer Vermehrung der fixen Gewebselemente. Strauch.

(13) Die Krankheit begann bei der 21jährigen Bäuerin im 7. Monat der Schwangerschaft. Nach der Entbindung ging die Vergrösserung der Brüste rapid weiter. Milch wurde nicht abgesondert. Bei der Amputation wog die rechte Brust 1590 Gr., die linke 1280. Die histiologische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Strauch

(14) Die 44jährige schwächliche Patientin, Schneiderin, erkrankte, nachdem sie vielfach an Magen- und Darmkatarrhen und nervösen Beschwerden (Herzklopfen, Schwindelanfällen etc.) gelitten hatte, mit heftigen Schmerzen in Fingern und Zehen. Dazu gesellte sich Kopfschmerz und Erbrechen. Die Hände waren roth geschwollen, schwitzten leicht und die Endphalangen waren mässig verdickt. Nebenbei bestand an diesen Theilen eine deutliche Hyperalgesie. Der Harn enthielt Spuren von Albumen. Diese Krankheitsform ist unter dem Namen der „Paralysie vaso-motrique des extrémitès“ oder Erythromelalgie beschrieben worden. Vor allem scheint Kälteeinwirkung, stärkere Anstrengung der Gliedmassen und vorausgegangene Schwächezustände die Entstehung der Krankheit zu begünstigen. Das hauptsächlichste und gewöhnlich das erste Symptom ist der Schmerz, der sich anfallsweise steigert. In der Mehrzahl der wenigen bisher beschriebenen Fälle sind die Unterextremitäten befallen. Der Verlauf war ein äusserst hartnäckiger und die Therapie ziemlich machtlos. Es lassen sich von dieser Neurose drei Formen unterscheiden, die angiospastische (Nothnagel), eine Zweite ohne Erscheinungen von Seiten der Gefässnerven (Bernhardt) und als Dritte die angioparalytische, die nach G. die seltenste ist.

O. Rosenthal.

(15) Es ist das derselbe Fall, den Gerhardt bereits in der deutsch. med. Wochenschr. Nr. 39. 1892 beschrieben hat. (Ref. Arch. f. Derm.) Die Affection ist hauptsächlich von Weir-Mitchell beschrieben worden und in einer Dissertation von Lannois sind 24 Fälle, die hauptsächlich Männer betrafen und bei denen Ueberanstrengung, Nässe- oder Kälteeinwirkungen eine gewisse Rolle spielten, zusammengestellt worden. Sie gehört zu der von Schulze unlängst benannten Gruppe der Akroparästhesien, bei denen G. das Vorkommen gewisser Körperchen in den Nerven nachzuweisen versuchte. O. Rosenthal.

(16) Der 44jährige Patient, Postschaffner, früher gesund, erkrankte im Herbste 1890 plötzlich mit neuralgischen Schmerzen in den Armen und dann in den Beinen, denen sich bald ein fast symmetrisches Erythem der Haut an Händen und Füssen hinzugesellte. Die Schmerzen hörten allmälig auf, die Röthung blieb aber in wechselnder Stärke bestehen, besonders intensiv während der Sommerszeit. Ueber einzelnen Fingergelenken zeigten sich im Verlauf röthliche Knötchen, von denen einzelne wieder verschwanden, um neuen Platz zu machen. Die Erythromelalgie verläuft äusserst chronisch mit vielfachen Schwankungen. Sie ist als vasomotorische Neurose aufzufassen, die in einer Lähmung der Vasoconstrictoren ihren Grund hat. Vielleicht gehört mancher Fall des „chronischen fixen oder diffusen habituellen Erythems" der älteren Pathologen in dieses Capitel. Was den Sitz des Leidens anbetrifft, so ist es wahrscheinlich, dass es sich um eine Affection der peripherischen Fasern handelt. Die Affection bildet das Gegenstück zur symmetrischen Gangrän Raynaud's, der ein Angiospasmus zu Grunde liegt. Was die Behandlung anbetrifft, so soll in einem von Sigerson mitgetheilten Fall von Duchenne die Faradisation der oberen Extremitäten mit gutem Erfolg angewendet worden sein. O. Rosenthal.

(17) Bernhardt stellt ein 50jähriges Fräulein vor, das seit 5 Jahren an Erythromelalgie leidet. Sie erkrankte, nachdem sie 4 Monate in einem Geschäft thätig war, in dem sie den ganzen Tag stehen musste, mit Schmerzen und Röthung an den Hacken, den Ballen und unter den Zehen, sodass sie keine Stiefel mehr anziehen konnte. Mehrere Monate später zeigten sich auch an den geschwollenen und gerötheten Händen heftige Schmerzen, die nach den unbedeutendsten Handgriffen auftraten und die Patientin Tag und Nacht störten. Augenblicklich besteht nur eine geringe Röthung und Schwellung an der Haut der Fusssohle. B. bemerkt, dass auch ein derartiges chronisches Erythem der Handflächen ohne Schmerzen verkommt. O. Rosenthal.

(18) In der sich an diese Demonstrationen anschliessenden Discussion erwähnt Henoch, dass er vor 20 Jahren einen höheren Staatsbeamten behandelt hat, der 3—4 Monate hindurch über die heftigsten Schmerzen im linken Fuss geklagt hatte. In diesem Falle ging eine Parese der linken Körperhälfte, sowie eine intensive linksseitige Hemiidrosis voraus. Später traten Angina pectoris auf und der Patient ging an einer Hirnblutung zu Grunde. Der ganze Verlauf schien hier für einen centralen Ursprung zu sprechen.

Senator bemerkt, dass wahrscheinlich nicht alle Fälle gleichen Ursprungs sind und dass in dem einen Falle eine spinale, in dem anderen eine periphere Erkrankung angenommen werden muss.

Koch glaubt, dass 3 im vergangenen Winter auf der Fräntzel'schen Abtheilung beobachtete Kranke hierher gehören. Die Patienten klagten über anfallsweise auftretende, starke Schmerzen beider Hacken, die 3, 4, 8 Tage bestanden und öfters mit Morphium behandelt werden

mussten. Ausser Röthung und Turgor war nichts nachzuweisen. Die Kranken wurden nicht geheilt.

Landgraf erinnert sich einer Frau von 38 Jahren, bei der auf der II. medicinischen Klinik die Diagnose auf Myxodem gestellt war. Ein Jahr nach der Entlassung kam die Patientin zu ihm und klagte über heftige Schmerzen im rechten Zeigefinger, der starke Röthung und geringe Schwellung zeigte. L. machte, in der Meinung, es handle sich um ein beginnendes Panaritium, eine Incision. Es fand sich aber kein Eiter. Nach einem halben Jahr zeigte die Patientin dieselbe Erscheinung am linken Zeigefinger. L. meint mithin, dass Erythromelalgie auch bei Myxödem vorkommt. O. Rosenthal.

(19) Lewin hält die Erythromelalgie für keinen Morbus sui generis. Nach seiner Ueberzeugung können die Erscheinungen unter den Angioparesen untergebracht werden, welche theils idiopathische sind und durch traumatische oder thermische Ursachen erzeugt werden, theils auf reflectorischem Wege entstehen. Bei letzteren bilden die Genitalorgane die Ursprungsstellen der Reizungen.

Eulenburg führt zum Beweis, dass es sich bei der Erythromelalgie um centrale Affectionen handelt, 2 Fälle an. Der erste ist der Gerhard'sche Fall, den E. seit 3 Monaten beobachtet. Alle Erscheinungen der Erythromelalgie sind geschwunden, dagegen haben sich Symptome eines schweren Cerebralleidens gezeigt (Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schwindelgefühl, Angstempfindungen, taumelnder Gang, Gedächtnissabnahme, Hallucinationen). Ein 2. Fall betraf eine neuropathisch belastete 30jährige Frau, die im Anschluss an eine Entbindung in typischer Weise erkrankte. Nebenbei bestanden aber noch hochgradige Ernährungsstörungen der Musculatur der Oberarme und des Schultergürtels, die in die Form der sogen. juvenilen Dystrophie (Erb) eingereiht werden mussten.

Henoch erwähnt den in der Gesellschaft der Charité berichteten Krankheitsfall, sowie ein Kind im Alter der ersten Zahnung, das von Zeit zu Zeit blaurothe, ödematöse Anschwellungen beider Ohren bekam, die nach dem vollendeten Zahndurchbruch verschwanden.

A. Baginsky berichtet über einen 10jährigen nervösen Knaben, der plötzlich Röthung und Schmerzen an den oberen Extremitäten, besonders an den Fingern beider Hände darbot. Die Affection widerstand der Therapie sehr lange.

Zum Schluss widerspricht Senator den Lewin'schen Ausführungen, dass es sich bei der Erythromelalgie um ein zu den bisher bekannten Erythemformen gehörendes Krankheitsbild handelt.

O. Rosenthal.

(20) Der 41jährige Kranke, ein Deutscher, bekam seit 5 Jahren im Frühling regelmässig eine Eruption der Handteller und Fusssohlen, die durch Uebelkeit und Magenschmerzen eingeleitet wurde und mit einer vollständigen Abschuppung endigte. Fünf Tage vor der jetzigen Attaque zeigte die Radialseite des Daumens und Zeigefingers eine diffusse Röthung, daneben eine Anzahl sehr intensiv gerötheter runder Flecke, an welchen

2 Tage später das Hornlager der Epidermis sich wie eine Blase abhob, ohne dass sich Flüssigkeit darunter befand. In der Discussion weist Taylor dazu, den Process als Folge einer mechanischen Irritation aufzufassen.

Klotz weist auf die Aehnlichkeit des Falles mit der in Frankreich epidemisch auftretenden, Acrodynie genannten Affection hin.

Ledermann.

(21) Wolberg gibt eine Beschreibung von zwei Fällen an, in welchen ein 2½jähriges und ein 6jähriges Mädchen mit Erythema nodosum angegriffen waren. W. fügt den Beobachtungen Bemerkungen über den Verlauf dieses Leidens zu. Elsenberg.

(24) Blanc veröffentlicht die Krankengeschichte eines von einem Collegen beobachteten Falls, in welchem es im Anschluss an eine Erkältung unter Uebelkeit, Erbrechen, mässigem Fieber zu einer universellen Hautröthe mit consecutiver Hautabschuppung kam. Das betreffende junge Mädchen hatte schon früher analoge Attaque und auch nach diesem Anfall eine ähnliche Eruption gehabt. Zwei ähnliche Fälle hatte Blanc schon früher zu beobachten Gelegenheit und unter der Bezeichnung: Erythema exfoliativum recurrens veröffentlicht. Charakteristisch für diese drei Fälle ist Folgendes:

1. Das Recidiviren. Ein Patient Blanc's hatte die Affection schon 23mal gehabt. Die Ursache der Recidive ist ebenso, wie die Ursache der Affection unbekannt.

2. Die geringe Pulsfrequenz, wodurch die Affection sich von Scharlach in charakteristischer Weise unterscheidet.

3. Das Fehlen ausgesprochener Fiebersymptome.

4. Die ausgedehnte Desquamation (die sogenannte Dermatitis exfoliativa [Brocq] unterscheidet sich von der in Rede stehenden Affection durch die geringere Schuppung, und durch die längere Krankheitsdauer).

5. Die Aehnlichkeit mit Scharlach. Die Unterschiede classificirt Blanc in folgender Tabelle:

Scharlach:	Erythema exfol. recurrens:
1. Einmaliges Auftreten.	1. Häufige Recidive.
2. Contagiosität.	2. Keine Uebertragung.
3. Ausgesprochener Fieberzustand.	3. Leichte Temperatursteigerung.
4. Stark geschwollener Rachen.	4. Leichte Röthung im Hals.
5. Sehr schneller Puls.	5. Geringere Pulsfrequenz.
6. Eruption hält 5 Tage an.	6. Eruption hält 3 Tage an.
7. Nur manchmal starke Desquam.	7. Stets beträchtliche Desquamat.
8. Gewöhnlich Albuminurie.	8. Keine Albuminurie.

Ledermann.

(25) Salolum camphoratum wird nach Nencki aus 1 Theile (aufs Gewicht) Kampfer, mit einigen Tropfen Alkohol befeuchtet, und 1·4 Theile Salol zubereitet. Man zerreibt sie in einem Porzellan-Mörser und nach einigen Minuten wird die krystallene Masse zur durchsichtigen

Flüssigkeit. Dieses Mittel, seit 2 Jahren von *Elsenberg* bei verschiedenen Hautkrankheiten angewendet, zeigte sich sehr wirksam bei Furunkeln und Anthrax. Nach 12—24 Stunden wird der Furunkel schmerzlos, nimmt an Grösse ab, es schwindet die Röthe und Infiltration der umgebenden Hauttheile, der Furunkel wird hellblau; bei weiterer Behandlung kommt es niemals zur Eiterung und der Furunkel wird immer kleiner bis zum vollkommenen Schwinden. Die Impfung des Inhaltes des an der Spitze eines Furunkels liegenden Bläschens oder das Uebertragen eines Infiltrat-Theilchens eines noch nicht zur Eiterung gerathenen Furunkels gewährt auf Agar-Agar eine reine, höchst üppige Cultur von Staphylococcus aureus. Nach dauerhafter Wirkung (24stündigen) des Salolum camphoratum geben die überimpften Furunkeltheilchen mehr keine derartige Cultur oder sehr wenig Colonien. Wenn im Furunkel die Eiterung schon eingetreten ist, wird durch die Anwendung des Salolum camphoratum nach Entfernung des nekrotischen Zapfens der Schmerz und die Hyperaemie beseitigt und die Eiterung beschränkt. Es kommt schnell zur Verheilung des Furunkels und an der Stelle desselben bleibt nur auf kurze Zeit eine dunkelviolette Pigmentation und ein kleines hartes, schmerzloses Knötchen. Das Mittel wird folgendermassen angewendet: Man entblösse die Spitze des Furunkels, bei Anthrax wäre es gut in gewissen Fällen einige mässig tiefe Incisionen vorzunehmen, um das Eindringen des Mittels in die tieferen Schichten des Infiltrates zu erleichtern; nachher bedecke man den Furunkel sammt den umgebenden hyperämischen Theilen mit einem mit Salolum camphoratum reichlich benetzten Wattatampone; darüber lege man Wachsleinwand und befestige alles mit einer Binde. *Elsenberg.*

(26) *Vidal* fasst den Inhalt seines kurzen Vortrags in folgenden Schlüssen zusammen:

1. Die Prurigo de Hebra ist ebenso wie der Lichen simplex circumscriptus eine *chronische papulöse Neurodermitis*, welche bei einer Eintheilung nach pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten in die papulösen Affectionen eingereiht werden muss, und was die Pathogenese der Krankheit anbetrifft, zu den Dermatoneurosen gehört.

2. Die Prurigo de Hebra ist *keine selbständige Krankheit*. Dieselbe resultirt aus mehreren pathologischen Zuständen, von denen die beiden wichtigsten die Nervosität und die lymphatische Constitution (scrophulöse Diathese der älteren Autoren) sind.

3. Gewöhnlich beginnt die Krankheit in den beiden ersten Jahren des Lebens. Man kann indessen die ersten Anzeichen derselben auch während der zweiten Kindheit und in noch späterem Alter sehen.

4. Obgleich die Heilung nicht die Regel ist, so ist sie doch nicht sehr selten. Durch eine wohlgeleitete Behandlung kann man Besserungen und Remissionen von langer Dauer erzielen, namentlich, wenn man die Haut vor allen Jucken hervorrufenden Ursachen schützt.

Zur Behandlung empfiehlt Vidal Pflaster, (Sparadrap à l' huile de foie de morue), Naphtolsalben, Mentholpräparate, Glycerinstärkepasten, Zinkleim u. a. Ledermann.

(27) Fox hat von dem Thilanin nur bei Lupus erythematosus eine Wirkung gesehen, welche die Empfehlung des von Saalfeld in die Therapie eingeführten Mittels rechtfertigt.

Dagegen hat er mit dem Tumenol bei acuten und chronischen Eczemen günstige Erfolge erzielt. Bei Infiltrationen scheint es, wie Theer, zu wirken ohne die reizenden Eigenschaften desselben zu besitzen.

Ledermann.

(28) Eine historisch-kritische Studie, in deren Verlauf Morris zu folgenden resumirenden Schlüssen gelangt: Die Auffassung des Lupus erythematosus als Neoplasma hat sich vollständig überlebt, da weder die klinische noch mikroskopische Beobachtung diese Ansicht bestätigt. Der entzündliche Charakter des Processes ist deutlich bewiesen durch die mikroskopischen Bilder des afficirten Gewebes (Leloir, Schütz); der Process hat keine nothwendigen Beziehungen zu den Talg- oder Schweissdrüsen, sondern beginnt an den Blutgefässen. Die Ursache der Entzündung ist nicht sicher bekannt. Die Lehre, dass der Tuberkelbacillus das ätiologische Moment ist, kann nicht als bewiesen angesehen werden. Die anatomische und bakteriologische Untersuchung spricht absolut dagegen und die klinische Beobachtung ruht auf unsicherer Basis. Was andere Mikroben anbetrifft, so ist ihr Vorkommen in der an Lupus erythematosus erkrankten Haut sehr zweifelhaft. Augenblicklich muss man den Lupus erythematosus definiren „als eine chronische Entzündung der Haut, local in ihrem Ursprung und hauptsächlich local in ihrem Verlauf ohne Beziehung, soweit unsere jetzigen Kenntnisse reichen, mit irgend einer constitutionellen Erkrankung.“

Ledermann.

(29) Die mikroskopische Untersuchung einer grösseren Anzahl von excidirten Hautstückchen von Lichen tropicus ergab im Wesentlichen Schwellung der Hornschicht, leichte ödematöse Schwellung der Rete Malpighii, cystisch erweiterte Schweissdrüsenausführungsgänge im Rete, geringe perivasculäre Infiltration der Papillarschicht der Cutis. Die Entstehung der Cysten führt Pollitzer auf mangelhafte Einfettung der schweissgetränkten Haut zurück. Als prophylaktische Massregel empfiehlt er morgentliche Einfettung der Haut mit Lanolin, als therapeutische Puder. Die Affection endet mit einer Restitutio der Schweissdrüsenausführungsgänge in integrum. Sie ist scharf zu trennen von der sogenannten Miliaria crystallina. Ledermann.

(30) Fox stellt eine 64jährige Frau von kachectischem Aussehen vor, welche zahlreiche theils disseminirte, theils gruppirte Papeln im Gesicht, Hals und Armen zeigt, die z. T. annulär angeordnet, in der Mitte ein pigmentirtes und eingesunkenes Centrum zeigen. Einige sind besonders glatt und durchsichtig und ähneln dem Lichen obtusus. Die Efflorescenzen am Nacken ähneln sehr dem Lichen planus, die im

Gesicht mehr syphilitischen Knötchen. In der Discussion spricht sich die Mehrzahl der Anwesenden für die Diagnose: Syphilis aus. Cutler hält einige Efflorescenzen für syphilitisch, andere für Lichen planus, eine Ansicht, der Redner beitritt. Ledermann.

(31) Lewin macht darauf aufmerksam, dass der Pemphigus hystericus durch ein in kochendes Wasser erhitztes metallenes Instrument z. B. einen Hammer, oder durch Einreiben mit Cantharidenpulver erzeugt wird. In den Blasendrüsen findet man im letzteren Falle mikroskopisch Theilchen der Flügeldecken der Lytha vesicatoria.

O. Rosenthal.

(32) Quimby empfiehlt zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre eine Modification der alten Baynton'schen Heftpflasterverbände. Er legt Heftpflasterstreifen, die höchstens einen Zoll breit sein dürfen. so an, dass sie niemals den ganzen Unterschenkel umgreifen, sondern eben auf der gesunden Haut festkleben können. Alle Streifen werden im rechten Winkel zur Längsaxe des Geschwüres angelegt mit einer leichten Modification je nach der Richtung der grössten Hautelasticität. Das Befestigen der Streifen erfolgt in 2 Abtheilungen: Bei der ersten werden sie mit einem Ende an der gesunden Haut festgeklebt, die Geschwürränder einander genähert und dann das andere Ende befestigt. Der erste Streifen wird so gelegt, dass er die Geschwürsfläche halbirt, jeder folgende soll wieder die übrig bleibenden Geschwürsflächen halbiren. Wird dabei ein Streifen gelockert, so kann das eine Ende freigemacht und unter geeigneter Spannung wieder befestigt werden. Sind die vom Geschwür übrig bleibenden Flächen schmäler als die Heftpflasterstreifen, so erfolgt das Anlegen der zweiten Abtheilung: Jeder Streifen wird von seiner Mitte nach beiden Enden hin gleichzeitig unter geeigneter Spannung so angelegt, dass er einen freigebliebenen Streifen des Geschwüres und zwei daneben liegende Heftpflasterstreifen bedeckt. Zum Schluss kann man Oeffnungen für den Secretabfluss anbringen.

Sternthal.

(33) Giovannini formulirt die Resultate seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen:

1. Bei der secundär-syphilitischen Alopecie ist in der Haut, ohne klinische Veränderung derselben, ein Entzündungsprocess vorhanden, der vorzugsweise die Follikel an deren unterem Theile befällt (Folliculitis pilaris profunda). Infolgedessen finden in den Haaren progressive Veränderungen statt, welche deren Ausfallen herbeiführen.

2. Vom histologischen Gesichtspunkte aus bietet die Haarfollikelentzündung der syphilitischen Alopecie, ihrem Sitz und ihrer Ausdehnung nach, grosse Aehnlichkeit mit jener der Alopecia areata dar. Auch die Veränderungen, die in einem und dem anderen Falle infolge der Haarfollikelentzündung in den Haaren stattfinden, sind grösstentheils die gleichen.

Verf. schliesst aus diesen Ergebnissen, dass auch die Veränderungen der Alopecia areata durch ein im Blute circulirendes

pathogenes Agens verändert werden, wie dies der Fall bei der syphilitischen Alopecie ist — ein Analogieschluss, der in mancher Beziehung anfechtbar ist. Der Arbeit sind wohlgetroffene Mikrophotogramme beigefügt.

Ledermann.

(34) Bei einem 32jährigen Mann hatte sich plötzlich unter starker Schwellung des Gesichts eine grosse Anzahl stecknadelkopf- bis erbsengrosser Knötchen auf den Wangen, Knien und zwischen den Augenbrauen gebildet. Die Knötchen waren dunkelroth, glichen mehr einem tuberösen Syphilid als den Knötchen der Rosacea; ihre Consistenz war weich, grössere confluirte Prominenzen fühlten sich wie multiloculäre Cysten an. Auf Druck entleerte sich Blut und Eiter. Sie sassen ungemein tief in der Haut und hinterliessen bei Curettement ein netzförmiges Ulcus, dessen Secret einen gelatinösen Inhalt enthielt. Bei der Heilung, welche auf der einen Gesichtshälfte vermittelst der Curette erzielt wurde, an anderen Stellen spontan erfolgte, hinterblieb auch an den nicht behandelten Stellen ein pockennarbiges Aussehen. Die mikroskopische Untersuchung ergab einen ausgesprochenen tuberculösen Charakter der Geschwülste, so dass die provisorische Diagnose von Fox: Lupus acutus disseminatus gestützt wurde.

Ledermann.

Bildungsanomalien.

1. **Herzfeld**. Epidermolysis. Verhandl. d. Berl. med. Gesellsch. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34.
2. **Mackenzie**, Hector W. G. A case of myxoedema treated with great benefit by feeding with fresh thyroid glands. The Brit. Med. Journ. 29. Oct. 1892.
3. **Fox**, E. L. A case of myxoedema treated by taking extract of thyroid by the mouth. The Brit. Med. Journ. 29. Oct. 1892.
4. **Trapesnikoff**. Mycosis fungoides mit Demonstration. Wratsch 1892. Nr. 5 pag. 117. Sitzung der russischen syphilido-dermatol. Gesellsch.
5. **Philippson**. Aus Dr. Unna's Klinik. Hamburg-Eimsbüttel. Zwei Fälle von Mycosis. Berl. klin. Wochenschr. 1892. Nr. 39.
6. **Marianelli**, Amedeo. Sopra un caso die Granuloma fungoide. (Mycosi fungoide di Alibert.) Giornale Italiano delle Malattie venerree e della pelle. 1892. II.
7. **Unna**. Naevi und Naevocarcinome. Berl. klin. Wochenschr. 1893. Nr. 1.
8. **Düring**, E. v. Ichthyosis mit pemphigoiden Eruptionen. Monatsh. f. prakt. Derm. Nr. 12. XV. 15. Dec. 1892.
9. **Halpern**. Seltener Fall einer complicirten Ichthyosis. (Niezwykly przypadek powikłania rybiéj łuski.) Gazeta Lekarska. Nr. 49. 1892.
10. **Ciongliński** und **Hewelke**. Zur Frage über die sogenannte schwarze Zunge. (W kwestyi tak zwanego czarnego języka.) Kronika Lekarska. Nr. 11. 1892.

11. **M'Call Anderson**, T. A case of Xeroderma pigmentosum, with Post-mortem examinaton. Dec. 1892. The Brit. Journ. of Dermatolog.
12. **Foulerton**. Alex. G. R. A case of localised gangrene of the leg occurring in the course of scleroderma; amputation through thigh; recovery. The Lancet. 12. Nov. 1892.
13. **Hale**, G. E. Four cases of myxoedeme treated by injections of thyroid extract. The Brit. Med. Journ. 31. Dec. 1892.
14. **Mc. Call Anderson**, T. A case of Xanthoma multiplex in a child. The Brit. Med. Journ. 3. Dec. 1892.
15. **Morrow**, Prince A. Xanthoma tuberculatum. Bericht eines Falles, nebst Bemerkungen über eine neue und erfolgreiche Methode der Behandlung. Journ. of cut. and gen.-urin. dis. Jan. 1893.
16. **Brooke**. Epithelioma adenoides cysticum. The Brit. Journ. of Derm. Sept. 1892.
17. **Kaposi**. Sarcomatosis cutis. Aus dem officiellen Protokolle der k. k. Ges. d. Aerzte in Wien. Sitzung v. 3. Febr. 1893.
18. **Hartzell**. Sarcoma cutis. Read at the 16 ann. meeting of the Am. derm. assoc. 13. Sept. 1892. Journ. of cut. and genito-urin. diseases. Januar 1893.
19. **Sędziak**. Seltener Fall von Sarcomata multiplicia cutis et lympho-sarcoma tonsillae dextrae. (Niezwykly przypadek sarcomata multiplicia cutis et lympho-sarcoma tonsillae dextrae. Gazeta Lekarska. Nr. 44. 1892.

(1) Herzfeld stellt 2 Brüder mit Epidermolysis vor, bei denen sich aber die Blasenbildung nur auf Händen und Füssen zeigte. Zugleich bestand an diesen Theilen eine starke Hyperidrosis, sowie secundäre Veränderungen.

Auf der Dorsalseite war die Haut dünn, atrophisch, auf der Volarfläche war dieselbe gespannt, zum Theil eingerissen; ein vollständiges Strecken war nicht möglich. Zwischendurch fanden sich unregelmässig vertheilte kleinere und grössere Blasen. Die Nägel waren verkümmert. In aufsteigender Linie war in der Familie die Krankheit nicht nachweisbar, dagegen litten von 8 Geschwistern 4 an derselben Affection. In der Discussion bemerkt Lewin, dass es sich möglicherweise bei den Kranken um das Stadium atrophicum der Sclerodermie handelt. Lassar hat Epidermolysis hereditar. bei 6 Geschwistern beobachtet, bei denen ausserdem auf Heredität beruhende Ichthyosis vorhanden war.

O. Rosenthal.

(2) Mackenzie gab in einem Falle von Myxoedem, theils um eine bequemere Methode zu haben als die lästige Darstellung des Extractes aus der glandula thyreoidea, theils um die mit der Injection verbundenen Gefahren zu vermeiden, die frischen Drüsen oder ein aus ihnen bereitetes Extract per os. Eine halbe Schafsthyreoidea täglich ist für gewöhnlich genügend. Bei der Patientin des Verf. trat jedesmal nach dem Einnehmen eine deutliche Pulsbeschleunigung und Temperaturerhöhung ein, proportional der Menge der gegebenen Thyreoidea; diese Erscheinungen hielten einige Zeit nach der Darreichung an. Unter dieser

Behandlung besserten sich alle Symptome des Myxoedems. Die Darreichung geschieht am besten mit etwas Brandy, da das Mittel sonst leicht Nausea erregt. Sternthal.

(3) Fox gab einer an Myxoedem leidenden Frau das nach Vorschrift von Murray aus einer halben Schafsthyreoidea bereitete Extract 2 Mal wöchentlich per os, und zwar die Hälfte 1 Stunde vor dem Frühstück, die andere Hälfte 1 Stunde vor dem Abendessen. Der Erfolg war ein sehr befriedigender. Verf. will beim nächsten Falle kleine Dosen der kleingehackten Drüse geben, da dies noch wirksamer zu sein scheint, weniger Last bei der Herstellung macht und von den Patienten lieber genommen wird. Sternthal.

(4) Nach einer kurzen historischen Einleitung stellt Trapesnikoff den Kranken vor. Vor 14 Monaten hat sich am Halse des Patienten eine kleine blaurothe Geschwulst gebildet, die sich stetig vergrösserte, zerfiel und sich in das gegenwärtige grosse und tiefe Geschwür verwandelte, dessen Grund die Musculatur bildet. Ein zweites beinahe rundes Geschwür unter dem Ohr hat sich aus einem erst in der Klinik zerfallenen Knoten gebildet. Eine enorm vergrösserte Cervicaldrüse ist exstirpirt worden: prima intentio. Die ursprünglich stark vergrösserten Submaxillar-, Axillar- und andere Drüsen haben sich auf Jodkali beinahe zur Norm zurückgebildet. Locale Behandlung mit Jodoform, innerliche Darreichung von Jodkali haben das Aussehen des Geschwürs wesentlich gebessert.

Die Diagnose ist per exclusionem gestellt worden, zumal dieser Fall sich von früher beschriebenen durch die bedeutende Vergrösserung vieler Lymphdrüsen unterscheidet; auch Vidal und Hallopeau hätten Mischformen dieses Leidens erwähnt. Was die Natur der Mycosis fungoides betrifft, so hält T. sie für ein infectiöses Granulom. Die mikroskopischen Präparate haben ihm grösstentheils das Bild eines vascularisirten Granuloms gegeben. T. hat einen Diplococcus gefunden, kann aber seine Specificität noch nicht nachweisen. Kulneff bemerkt, dieser Fall sei gerade wegen des Befallenseins des ganzen Lymphsystems nicht charakteristisch für Mycosis fungoides. Strauch.

(5) Philippson beschreibt aus der Unna'schen Klinik 2 Fälle von Mycosis:

Der erste betrifft eine 36jährige Frau, bei der zuerst vor 4 Jahren auf dem rechten Ellbogen und Schulter rothe juckende Stellen aufgetreten waren. Seit einem Jahre bestand Knotenbildung. Bei der Aufnahme zeigte sich ein fleckiges, leicht schuppendes Erythem des Gesichts und des Kopfes, auf dem das Haar gelichtet war; auf der linken Wange bestand eine derb anzufühlende Papel. Am Nacken und Hals befanden sich hellbraune Pigmentflecke und verschieden geformte Papeln. Auch der übrige Körper zeigte die gleichen Erscheinungen in den verschiedensten Stadien der Entwicklung und der Rückbildung. Die grössten Knoten, zum Theil nässend, sassen in der Gürtelgegend und den umgebenden Theilen. Die Patientin wurde innerlich mit Arsenik

und ausserdem mit Resorcin und Chrysarobin behandelt. Das Jucken verschwand und die Knoten gingen zum Theil zurück.

Der zweite Fall betrifft eine 60jährige Frau, bei der sich seit einem Jahre ein von den Oberschenkeln ausgehender fleckiger Ausschlag und Knoten der verschiedensten Grösse ausgebildet hatten. Im Verlauf eines Jahres ulcerirten eine Anzahl der letzteren, es traten neue auf und das Gesicht gewann das Aussehen einer Facies leprosa. Unter Fiebererscheinungen bildete sich ein Abscess am Unterkiefer und die Patientin ging pyämisch zu Grunde.

Auf Grund histologischer Untersuchungen rechnet auch P. die Mycosis fungoides zu den Granulationsgeschwülsten. Nach ihm gestattet bereits das ekzematiforme Vorstadium eine histologische Diagnose, da dasselbe den Beginn der Tumorbildung zeigt: ein flächenhaft ausgebreitetes Granulom, hervorgegangen aus den fixen Bindegewebszellen durch Mitosenbildung und bestehend aus runden einkernigen und hyperplastischen (mehrkernigen und Riesen-) Zellen.

O. Rosenthal.

(6) Marianelli veröffentlicht einen Fall von Mycosis fungoides, der dadurch bemerkenswerth erscheint, dass der Krankheitsprocess auch in den Stadien vor den fungösen Bildungen histologisch untersucht und dass der Patient geheilt wurde. Die Krankheit, welche beim Eintritte des 14jährigen Patienten in die Klinik bereits über ein Jahr gedauert hatte, hatte zu mannigfachen Veränderungen auf der Haut geführt. Einerseits fanden sich zahlreiche papulo-vesiculöse Efflorescenzen und diffuse violettrothe Verfärbungen der Haut, die eine bestimmte Localisation zeigten, und andrerseits waren auch wahre Knotenbildungen vorhanden, namentlich an der Innenfläche der Oberschenkel und am Fussrücken. Die Krankheit war mit starkem Jucken verbunden. Nach $4^1/_2$monatlicher Behandlung mit Sol. Fowleri subcutan wurde der Kranke fast geheilt entlassen, und die vollständige Heilung unter Weitergebrauch von Arsen constatirt. Die histologische Untersuchung ergab in den Anfangsstadien einen Process, der mit den gewöhnlichen entzündlichen Gefässveränderungen begann, wie sie sich bei allen Entzündungen des Bindegewebes vorfinden. Im weiteren Verlaufe führt dieser Process zur entzündlichen Neubildung, zur Bildung eines Granuloms; nirgend aber finden sich die Charaktere einer wahren Neubildung. Dieser histologische Befund wird bei der Stellung der Differenzialdiagnose zwischen Lymphadenia cutanea, Sarcomatosis und entzündlicher lymphadenoider Neubildung zu Gunsten der letzteren benützt. Die in ätiologischer Beziehung, namentlich ob die Krankheit infectiöser Natur sei, angestellen Forschungen blieben resultatlos. Die Untersuchung des Blutes auf Mikroorganismen war negativ. In vielen Schnitten aus den Tumoren konnten zwar viele Coccen nachgewiesen werden, allein diese Schnitte stammten stets aus exulcerirten Knoten, und die Coccen befanden sich in der Nachbarschaft der Exulcerationen, und erwiesen sich als gewöhnliche Eitercoccen. In den kleinen, nicht exulcerirten

Knoten konnten weder histologisch noch bacteriologisch irgendwelche Mikroorganismen nachgewiesen werden. Auf Grund sämmtlicher Beobachtungen glaubt Verfasser folgende Schlüsse ziehen zu dürfen:

1. „Die Tumoren entwickeln sich bei der Mycosis fungoides auf Basis der Bindegewebszellen, und die pathol. anatom. Veränderungen zeigen sich nach Art der Granulationsgeschwülste oder Granulome.

2. Wird die Krankheit gleich anfangs diagnosticirt, so gibt sie keine absolut infauste Prognose, da sie durch eine Arsencur, namentlich auf hypodermatischem Wege, vollständig geheilt werden könne.“

Spietschka.

(7) Bei der Untersuchung von 4 primären Naevocarcinomen fand Unna, dass diese Geschwülste sämmtlich einen deutlichen alveolären Bau zeigen, mithin als alveoläre Krebse aufzufassen sind, ein Typus, den U. unter 70 Hautcarcinomen nur 10mal vertreten fand. Diese Naevocarcinome entwickeln sich aus den im Bindegewebe herdweise eingeschlossenen eigenthümlichen Zellen, den Naevuszellen. Diese zeigen keine Zwischensubstanz und gleichen dadurch mehr Deckepithelien, als Bindegewebszellen. Von den ersteren unterscheiden sie sich allerdings dadurch, dass sie ein an basophilen Körnchen armes Protoplasma und keinerlei Epithelfaserung zeigen. Der Kern ist aber wiederum epithelähnlich, gleichmässig oval, gross, chromatinreich. Am meisten haben also diese Zellen mit gewissen Drüsenepithelien Aehnlichkeit. U. trat darauf der Frage näher, ob der gleichmässige Befund bei den von ihm untersuchten Naevusgeschwülsten auf Zufall beruhe. Zu diesem Zweck durchmusterte er einige ihm zur Verfügung gestellte Knoten des im Glasgow Medical Journal (August 1885) von Tennent veröffentlichten, bekannten Falles von generalisirtem Pigmentsarcom. Es stellte sich dabei heraus, dass es sich um ein pigmentirtes Carcinom handelte. Das gleiche Resultat ergab die Untersuchung eines ihm von anderer Seite überlassenen Falles von metastatischem subcutanem Pigmentsarcom. Mithin glaubt U., dass sicher Fälle von melanotischem Carcinom als Sarcome beschrieben worden sind und dass die Lehre vom Pigmentsarcom einer Revision bedarf. Was den Ursprung der Naevuszellen betrifft, so gelang es U. an pigmentirten Naevis von Neugeborenen und aus den ersten Lebensjahren nachzuweisen, dass es sich dabei um echte Epithelien handelt, die sich in der Embryonalzeit oder den ersten Lebensjahren von Deckepithel abgeschnürt haben. Dieser eigenthümliche Befund weist daher in sich bereits auf die Natur der späteren Geschwulst hin. Diese Thatsache scheint eine wichtige Stütze der bekannten Cohnheim'schen Carcinomtheorie abzugeben, wenngleich dieselbe bei der Mehrzahl der Hautcarcinome nicht ausreicht. O. Rosenthal.

(8) In dem vorliegenden Fall von Düring, von dem Hallopeau und Vidal je einen analogen Fall beobachtet haben, handelt es sich um eine congenitale, auf xerotisch veränderter Haut über den ganzen Körper sich ausbreitende, anscheinend symmetrisch auftretende Blasen-

eruption. Die an Grösse sehr differirenden Blasen, mit theils serösem, theils eitrigem oder hämorrhagischem Inhalt heilen mit Hinterlassung einer zarten, rosarothen, leicht abschuppenden Narbe ab, welche später abblasst und einen scharfen, leicht pigmentirten Hof behält. In der Narbe finden sich kleine Knötchen mit schleimigem Inhalt. Prädilectionsstellen sind die Streckseiten der Gelenke und die Dorsalfläche der Hände und Füsse, jedoch ist keine Stelle des Körpers ausgenommen. Die Nägel fallen gewöhnlich ganz aus oder atrophiren stark oder verändern sich nach Art der Onychogryphose. Der Inhalt der Knötchen besteht aus Detritus, Fett und Epithelzellen. Die Entstehung der Knötchen beruht auf cystischer Entartung des durch die Entzündungsvorgänge obliterirten Ausführungsganges der Schweissporen resp. Follikel. Die Aetiologie ist unbekannt. Verf. hält die Krankheit für eine seltene Ichthyosisform und bezeichnet sie als Ichth. bullosa oder Ichth. mit pemphigoiden Eruptionen. Vidal nennt sie: Lésions trophiques, d'origine congénitale, à marche progressive; Hallopeau: Dermatose bulleuse infantile avec cicatrices indélébiles, Cystes epidermiques et manifestations buccales; Brocq: Pemphigus successiv à Cystes epidermiques. Am nächsten der von Dühring'schen Bezeichnung kommt die Besnier'sche. Ichthyose à poussées bulleuses. Die Prognose hält Verf. mit Rücksicht auf den ichthyotischen Charakter der Affection für ungünstig. Ledermann.

(9) V. beschreibt einen Fall von Ichthyosis bei einem 14jährigen Knaben, complicirt mit Folliculitis und Comedones auf der hinteren Oberfläche der Arme und Vorderarme, wie auch diffusen begrenzten dergleichen Efflorescencen am Rumpfe. Elsenberg.

(10) Eine 24jährige Frau bemerkte nach einem während 10 Tagen durchgemachten Fieberzustande (Influenza) eine schwarze Pigmentation ihrer Zunge, die sich auf ihrer oberen Fläche bis gegen die Papillae circumvallatae erstreckte, ohne ihre Ränder und Spitze anzugreifen. Die Zunge war glatt und feucht; der allgemeine Zustand gut ohne die geringsten Klagen. Nach zweitäglichem Spülen mit Borsäure verschwand gänzlich die Pigmentation. Die mikroskopische Untersuchung erwies im schwarzen Belage: dicke Hyphomycetenfäden ohne Verdickungen, auch Köpfchen bedeutender Grösse, mit schwarzen Sporen bestreut und mit einem dünnen äusseren Häutchen, die die ganze Masse der Sporen bedeckte, umgeben. Auf Brot und Kartoffeln entwickelten sie sich im Thermostate als schwarzer Belag bei Zimmertemperatur; dasselbe trat noch bei Temperatur 25°—27° C. ein, zeigte sich schon aber nicht bei 37°. Am zweiten Tage nach der Ueberimpfung bedeckte sich die Oberfläche des Nährbodens mit einem feinen schneeweissen Belage und nahm während 2 Tagen die ganze Oberfläche ein. Am dritten Tage bemerkte man schon an den freien Enden der Fäden schwarze runde Köpfchen, zu Folge dessen die ganze Cultur nach 5—7 Tagen vollständig schwarz schien. Die Verfasser finden den Pilz dem Mucor rhizopodiformis ähnlich. Er unterscheidet sich jedoch durch die Farbe der reifen Culturen, durch die Gestalt der Sporen; er entwickelt sich auch bei

niedrigerer Temperatur und ist nicht pathogen, was das Hineinbringen der Cultur in die Halsvene eines Kaninchens bewiesen hat; es verursachte eben nicht die geringsten Veränderungen — das Kaninchen blieb gesund. Die Verfasser rathen den Pilz, als Mucor niger und die Erkrankung der Zunge als Mycosis linguae mucorina nigra s. nigrities mucorina linguae zu benennen. Elsenberg.

(11) Anderson schildert einen typischen Fall von Xeroderma pigmentosum bei einem Knaben, dessen Schwester an der gleichen Affection erkrankt ist. Der Fall zeichnet sich durch enorme Zerstörungen im Gesicht aus. Die Section ergab vollständiges Intactbleiben der inneren Organe und ein zweifelloses Epitheliom im Gesicht. In welcher Weise und wodurch die Umwandlung der Primärefflorescencen in epitheliomatöse Bildungen in diesen Fällen vor sich geht, vermag Verf. nicht zu erklären. Die Arbeit enthält sonst keine neuen Gesichtspunkte. Ledermann.

(12) Foulerton behandelte ein zweijähriges Mädchen an diffuser Sclerodermie, in deren Verlauf sich am rechten Fussrücken und am rechten Oberschenkel gangränöse Stellen bildeten. Das Kind kam auf das Aeusserste herunter und schien dem Tode nahe, bis durch eine Amputation im mittleren Drittel des Oberschenkels eine Genesung erfolgte. Die Wunde heilte, abgesehen von einer kleinen Randgangrän, die sich bald abstiess, glatt und auch die Sclerodermie schien sich zu involviren. Als aber das Kind aus dem Krankenhause entlassen wurde, schritt sie weiter fort. Ein Querschnitt durch den abgesetzten Oberschenkel zeigte, dass alle Gewebe erkrankt waren. Die Haut war aufs Engste verbunden mit dem subcutanen Gewebe, das sehr hart und beträchtlich verdickt war. Es konnte von den Muskelfasern nicht entfernt werden, ohne dass man stellenweise die Oberfläche der degenerirten Muskelsubstanz mitnahm. Die Muskeln waren völlig degenerirt und sahen grau, wächsern aus. Das Bein war völlig blutleer — (auch bei der Operation war nach Unterbindung der Arteriae femoralis et profunda kein Blut mehr geflossen). — Der Knochen war sehr atrophisch. Verf. fasst die Erkrankung als eine primäre Erkrankung auf, die eine weitverbreitete und genetisch verwandte Gruppe von Geweben mesoblastischen Ursprungs befällt und zwar das subcutane Gewebe, die Muskelfasern und die fibrösen Gelenkkapseln. Sternthal.

(13) Hale theilt 4 Fälle von Myxoedem mit, die durch Injectionen mit Saft der gland. thyreoidea mehr oder weniger gebessert wurden. Bei allen trat aber, wenn 3—4 Wochen die Behandlung ausgesetzt wurde, wieder eine deutliche Verschlechterung des Zustandes ein, die auf erneute Behandlung wich. Sternthal.

(14) Mc. Call Anderson theilt einen Fall von angeborenem Xanthom bei einem 3jährigen Mädchen mit. Der Ausschlag besteht aus zahlreichen, sehr eng bei einander stehenden Knötchen, deren Grösse von einem Stecknadelkopf bis $^1/_{10}$ Zoll im Durchmesser wechselt. Wo zwei oder mehrere von ihnen aneinanderrücken, bilden sie Flecken

ungefähr von der Grösse einer halben Erbse. Die einzelnen Knötchen sind rund, haben eine platte Oberfläche und glänzen bei Beleuchtung. Die Grenzlinien der Flecken sind bogenförmig. Die Knötchen sind hell lederfarben, weich, und die Haut in ihrer Umgebung ist weder verdickt noch infiltrirt oder sonstwie verändert. Der Ausschlag ist symmetrisch über Gesicht, Nacken, Schultern, Arme und Beine vertheilt und ist am reichlichsten auf den Schultern. Die Knötchen und Flecken liegen in unregelmässigen Gruppen. Die grösste derselben liegt beiderseits über dem Deltoideus und erstreckt sich die Hinterfläche der Arme entlang bis zum Ellbogen. Eine farbige Tafel zeigt diese Verhältnisse. — Von den Knötchen fertigte Coats Schnitte an, von denen 4 Abbildungen gegeben werden. Nach Ansicht von Coats handelt es sich beim Xanthoma tuberosum um einen Reiz, der die Haut trifft und das Bild einer chronischen Entzündung in Form einer Zellenneubildung erzeugt. Die Zellen ähneln denen, die in Folge des Reizes der Tuberculose und der Syphilis entstehen, haben aber nicht die Anordnung oder Art der Anhäufung der letzteren. Weiter gleicht es einer tuberculösen Störung, dass die Zellen die auffallende Neigung haben zu degeneriren, was sich an ihrem Fettgehalt zeigt. Der Reiz, der hier wirkt, ist zwar nicht Tuberculose, aber die Anwesenheit von Riesenzellen und die Neigung zur Degeneration legen den Gedanken nahe, dass irgend ein Krankheitsgift bei der Erzeugung dieses Ausschlages eine Rolle spiele.

Sternthal.

(15) Der von Morrow beobachtete Kranke datirt den Beginn seines Leidens auf das Frühjahr von 1884, wo er zuerst Schmerzen im linken Fuss empfand; drei Monate später traten dieselben Schmerzen im rechten Fuss auf und einige Monate später machten sich an beiden Füssen kleine Knötchen bemerkbar, die einen brennenden Schmerz verursachten und durch äussere Irritation ulcerirten. Später traten gleiche Efflorescencen an beiden Knien und den Händen auf. Das Allgemeinbefinden blieb gut, wenngleich die Schmerzen den Kranken längere Zeit von seiner Beschäftigung fern hielten.

Als Morrow den Kranken sah, fand er an den genannten Localisationsstellen theils kleine, bis schrotkorngrosse, tief in der Haut sitzende, ziemlich harte Knötchen von einem graugelblichen Colorit, der nur manchmal durch die Anwesenheit von Teleangiectasien mehr ins Röthliche strahlte, theils Conglomerate solcher Knötchen, welche dann prominente bräunliche Massen repräsentirten. Einzelne Efflorescenzen machten den Eindruck von Warzen, andere den von Milien. Die Epidermis über den meisten Knötchen war verdünnt, bei anderen, welche einem Druck ausgesetzt waren, verloren gegangen und durch Krusten ersetzt. An einzelnen Stellen befanden sich Narben. Während gewöhnlich das klinische Bild des Xanthoma durch die Farbe und die weiche Consistenz der Geschwülste, durch ihre Prädilection für gewisse Gegenden und durch die Allgemeinerscheinungen fest charakterisirt ist und leicht diagnosticirt wird, war in dem vorliegenden Falle der erfahrene

Diagnostiker zuerst im Zweifel. Gegen die Diagnose sprach die besondere Gruppirung der Efflorescencen, das Freibleiben der gewöhnlichen Prädilectionsstellen und besonders die ausserordentliche Härte der Geschwülste; dazu kam die reiche Entwicklung von Capillaren, welche den Tumoren einen röthlichen Farbenton gab, so dass Verf. geneigt war an eine künstliche Färbung zu denken. Störungen von Seiten der Leber fehlten vollständig, auch waren die sensitiven Störungen für Xanthom ungewöhnlich. Die von Fordyce vorgenommene mikroskopische Untersuchung liess an der xanthomatösen Natur der excidirten Knötchen keinen Zweifel.

Durch Behandlung mit 20—25% Salicylpflaster und nachfolgender Application von Ung. diachylon gelang es in relativ kurzer Zeit die meisten Knötchen zur Heilung zu bringen, weshalb Verf. dieser ebenso einfachen, wie wirksamen Methode sehr das Wort redet. Jedoch hält er für voreilig, die Entfernung bestehender Geschwülste als gleichwerthig mit einer vollständigen Heilung zu betrachten, da der ätiologische Factor des Xanthomprocesses unzweifelhaft in unteren, constitutionellen Störungen zu suchen ist. Ledermann.

(16) Brooke gibt in der Einleitung einen ausführlichen Ueberblick über die Geschichte und Natur der von Darier uud Jacquet zuerst als „Hydradénome éruptif“ beschriebenen Affection und schildert im Anschluss daran vier selbst beobachtete Fälle, in denen die Affection in der bekannten, typischen Form auftrat. Die mikroskopische Untersuchung excidirter Knötchen ergab zunächst Zellanhäufungen im Corium, die den Eindruck eines Adenoms der Schweissdrüsen machten. In diesen Herden fanden sich circuläre und ovale Cysten, welche theils rein colloiden Inhalt, theils concentrische Lager anscheinend verhornter Epithelzellen enthielten. Die Zellen, aus denen die Herde bestanden, waren zweifellos epithelialer Natur. Ueber die Abstammung dieser Zellstränge sind die Ansichten getheilt. Darier glaubt, dass sie Verlängerungen vorhandener Schweissdrüsen sind. Török hält sie für embryonale Schweissdrüsenbildungen, welche erst in späterem Alter zur Entwicklung kommen. Brooke ist der Meinung, dass es sich nicht um identische Bildungen bei allen handelt und dass die Röhrenform, die sie annehmen, nur eine scheinbare ist. Er hat niemals ein richtiges Lumen gefunden. Das Bindegewebe, welches die epithelialen Zellanhäufungen umgibt, ist von feinerer Textur als das gewöhnliche Bindegewebe des Coriums und bildet eine feste Kapsel. Es ist nach Brooke ein Irritationsproduct, wie aus den zahlreichen in ihm enthaltenen Granulationszellen und den perivasculären Infiltrationen hervorgeht. Die Gegenwart von colloider Materie hält Verf. für einen essentiellen Factor für die Bildung von Cysten, da es nur durch den extensiven Druck der wachsenden Colloidmassen zur Bildung wirklicher Cysten kommt. Die Affection selbst ist nach seiner Ansicht durchaus epithelialen Ursprungs, weshalb er ihr den Namen „Epithelioma adenoides cysticum“ gegeben hat. Ledermann.

(17) Kaposi stellt 3 verschiedene Typen von Sarcomatosis cutis vor und will als Hautsarcomatosis nur jene eigenthümlichen und interessanten Krankheitsformen ins Auge fassen, welche durch die allgemeine Verbreitung der Neubildungen eine schwere Allgemeinerkrankung darstellen und wahrscheinlich in der Haut entstehen und sich wesentlich auf sie beschränken. Im ersten Typus ist das idiopathische multiple Pigment-Sarcom an einem 51jährigen Manne zu sehen. Diese Form ist durch das erste Auftreten von Knoten auf Händen und Füssen charakterisirt. Sie sind roth und werden durch interstitielle Capillarhämorrhagien blauroth bis schwarzblau; drängen sich zu mächtigen knotigen Verdickungen des Handrückens, der Finger, der Flachhand, der Füsse zusammen und verursachen schmerzhaftes Brennen. Sie exulceriren selten. Die alten Knoten sinken ein, werden resorbirt und hinterlassen braunpigmentirte atrophische Narben. Nach Jahren tauchen an entfernten Stellen neue Knoten auf, mit derselben Tendenz zur narbigen Atrophie, bis endlich die inneren Organe ergriffen werden. Bei schleichendem Verlaufe, wirkungsloser Arsentherapie ist das letale Ende voraussichtlich. Merkwürdig war in diesem Falle die anfängliche polsterartige Verdickung der Hand- und Fussrücken bis gegen die grossen Gelenke und das steinharte Anfühlen selbst der nicht geschwellten Theile. Das randständige Auftreten von schrotkorngrossen, blaurothen Knötchen, die Schmerzen und die Gegenwart charakteristischer Knötchen an beiden Ohrmuscheln, den Augenlidern und eine narbigatrophische Stelle am Gefässe ermöglichten die Diagnose. Der zweite Typus stellt das echte melanotische Sarcom an einem 51 Jahre alten Manne dar. Das Uebel begann vor 3 Jahren mit Schwellung der l. Unterextremität, führte zu Elephantiasis arabum dieser und der zweiten Seite bis zum Becken hinan und zur Bildung schrotkorn- bis erbsengrosser schwarzblauer derber Knoten.

Der dritte Typus war an einer 76jährigen Frau zu demonstriren. Da die Beziehung dieser Form zu Pseudoleukämie und Leukämie trotz vieler Aehnlichkeit noch nicht deutlich zu umschreiben ist, so hält K. dafür, diese Form noch als sarcomatös zu bezeichnen und durch Blutuntersuchungen und klinische Beobachtungen das Dunkle dieser Fälle zu klären. An der vorgeführten Frau, deren Uebel 3—4 Jahre alt ist, sieht man an beiden Schulterregionen vorne und rückwärts, ebenso in der oberen Thoraxgegend etwa 100 erbsen- bis nussgrosse, derbelastische Geschwülste, von denen die kleineren lebhaft roth, die grossen dunkelblauroth gefärbt erscheinen. Nebstdem finden sich handtellergrosse flachkuchenförmige Plaques mit centraler Depression und kerbigen Vertiefungen des Randes. Aehnliche Knoten in der Rücken- und Sacralgegend und auf den Extremitäten. Nach dem histologischen Bilde gleicht diese Geschwulst dem Rundzellensarcom, aber doch nicht vollends. In einem Theile ähnlicher Fälle war bald Leukämie, bald Pseudoleukämie zu constatiren; bei dieser Kranken war der Blutbefund normal. Au

6—8 Injectionen von Natr. arsenic. verflachten sich die meisten Knoten, um dann trotz Arseniktherapie wieder zuzunehmen.

Horovitz.

(18) Es handelt sich in dem von Hartzell beobachteten Fall um einen Kranken, bei dem zuerst Erscheinungen einer Geschwulst im rechten Bein auftraten, so dass eine Amputation im unteren Drittel des Femur nothwendig wurde. Die Amputationswunde nahm einen normalen Heilverlauf, jedoch kamen später Recidivknoten, welche durch Aetzung mit starker Salpetersäure zerstört wurden. Während der klinische Verlauf des Falles keine Besonderheiten aufweist, hat die histologische Untersuchung excidirter Knoten sehr interessante Facta ergeben. In dem einen bei Beginn des Leidens untersuchten Knoten war die Epidermis sehr dünn, wo sie noch vorhanden war; im Centrum der Neubildung fehlte sie vollkommen. Die interpapillären Verlängerungen des Rete mucosum fehlten an den meisten Stellen, hier und da waren im Corium sich verzweigende Epithelzellenzüge, in welchen die Basalzellen vollständig verloren gegangen und durch Rundzellen der Neubildung ersetzt waren. Das Corium papillare war dicht mit tief pigmentirten Rundzellen infiltrirt, welche besonders die Papillen guirlandenförmig umgaben. In dem Corium reticulare waren, durch grosse Zwischenräume getrennt, runde und ovale Ansammlungen von Zellen mit grossem Kern und spärlichem Protoplasma, zum grossen Theil durch den gegenseitigen Druck polygonal abgeplattet. Ausser diesen Rundzellennestern waren zahlreiche, isolirte grosse Rundzellen mit ungewöhnlich grossen Kernen. Die Blutgefässe besonders im oberen Theil des Coriums waren stark erweitert und gleichen eher einem Sinus als wirklichen Blutgefässen. Die Schnitte von einem später excidirten Knoten zeigten das gewöhnliche Bild des Sarcomgewebes und waren nur durch die grosse Menge des theils in Zellen eingeschlossenen, theils frei im Gewebe liegenden Pigments bemerkenswerth. Im Anschluss an diesen Fall beschreibt Verf. das klinische und mikroskopische Bild eines Jahre lang isolirt gebliebenen Sarcomknotens am rechten Nasenflügel bei einem 48jährigen Mann. Zum Schluss gibt Verf. casuistische und kritische Uebersicht über einschlägige Mittheilungen aus der Literatur.

Ledermann.

(19) Ein 48jähriger Mann hatte an der Brust, auf dem Rücken und auf oberen Extremitäten sehr zahlreiche Geschwülste, die theils erbsengross waren, theils der Grösse einer wälschen Nuss entsprachen, verschiedener Farbe, von hellroth bis dunkelviolett, fast schmerzlos mit bedeutender Vertiefung in der Mitte derselben. Die am Gesicht und besonders in der Gegend der Parotiden liegenden haben das Aussehen kleiner begrenzter, dunkelvioletter Infiltrate. Der Isthmus faucium ist durch eine hühnereigrosse Geschwulst von glatter Oberfläche und dunkelblauer Farbe ausgefüllt. Die Hals-, Achsel- und Leistendrüsen sind vergrössert, aber schmerzlos. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst der Mandel nach entsprechender Färbung der oberen

Schichten führte zur Diagnose Lympho-Sarcoma. Aus der ganzen Beschreibung von Sędziak schliesst der Referent, dass der Verf. einen einfachen Fall von Hautsarcomen, die von Kaposi als „idiopathische multiple Pigmentsarcome" beschrieben wurden, beobachtet hat.

Elsenberg.

Parasiten und parasitäre Affectionen.

1. **Mibelli**, V. Sul Favo. Giornale Italiano delle malattie veneree et della pelle. 1892. II.
2. **Kotljar**, E. J. Morphologie des Mikrosporon furfur. Wratsch 1892. Nr. 42 pag. 1055. Nr. 43 pag. 1083.
3. **Evans**, Shelden Guthrie. Favus and its treatment — results in one hundred and thirtynine cases. The Med. Record. New York. 1892. 30. April.
4. **Neebe** O. u. **Unna**. Die bisher bekannten neun Favusarten. Monatshefte f. prakt. Derm. Nr. 1 und 2. XVI.

(1) Mibelli bringt zunächst einen klinischen Bericht über jene 7 Fälle von Favus, die hauptsächlich zu mycologischen und histologischen Untersuchungen verwendet wurden. Diese Fälle zeigten den Favus in seinen verschiedensten Formen, als: Fav. herpetic., erythemat., papulo squam. und wahren Scutulum-Favus. Dann folgt eine ausführliche historische Darstellung der Frage über die Einheit oder Mehrheit des Favus erzeugenden Pilzes. Auf Grund seiner Beobachtungen spricht sich Verfasser entschieden für die Einheit des Favuserregers aus.

Die verschiedenen klinischen Formen des Favus sucht er einerseits durch die verschiedene Beschaffenheit der Haut an den verschiedenen Körperstellen und bei verschiedenen Personen, durch das Vorhandensein verschiedener, complicirender Erkrankungen als Ekzem, Seborrhoe etc. und andrerseits durch den Sitz der Pilzentwicklung in der Haut selbst zu erklären, ob dieselbe nämlich in den obersten oder tieferen Epithelschichten oder an einem Haarfollikel stattfindet etc. Die Annahme Quincke's, es gebe zwei Favus-Arten, die durch verschiedene Pilze hervorgebracht würden (α u. β), müsse schon auf Grund der klinischen Beobachtungen entschieden zurückgewiesen werden. Die Uebertragung desselben Favuspilzes auf verschiedene Personen brachte die verschiedensten Formen des Favus hervor, und es zeigte sich, dass gewisse Personen nur für ganz bestimmte Formen des Favus incliniren. Im zweiten Theile bringt der Verfasser nach einer historischen Rückschau auf die Biologie des Favus-Erregers die Resultate seiner eigenen Culturversuche. Bei 5 von 6 der Untersuchung unterzogenen Kranken ergab sich ein positives Resultat. Neben der gewöhnlich gebräuchlichen (classischen) Methode der Uebertragung von Scutulum-Partikelchen in

die Nährmedien gebrauchte M. auch ein anderes Verfahren, indem er nämlich den unteren Theil des Scutulums in sterilisirtem Wasser so lange zerrieb, bis auch nicht das kleinste schwimmende Partikelchen mehr wahrzunehmen war. Immer war das Resultat ein ganz constantes, indem sich immer nur ein und derselbe Pilz entwickelte, dessen Aussehen und Wachsthum auf den verschiedenen Nährmedien und bei verschiedenen Temperaturen dann geschildert wird. Interessant ist, dass der Pilz auf schräg gegossenem Agar an dessen dünnem, bald eintrocknendem Ende Entwickelungen zeigt, die einem wahren Scutulum sehr ähnlich erscheinen. Die mit den Reinkulturen auf Menschen gemachten Inoculationen ergaben in 5 (von 12) Fällen ein positives Resultat und zeigten, dass es ganz unzulässig sei, einen Favus herpeticus und vulgaris zu unterscheiden, die sich in Folge verschiedener Pilzarten entwickeln. Der gezüchtete Pilz erwies sich beim Vergleiche mit den von Pick, Král, Dubreuilh und Marianelli gezüchteten als vollkommen identisch mit diesen. Die Arbeit ist somit eine Bestätigung der Ergebnisse von Pick über die Einheit der Favuserkrankung und des dieselbe erzeugenden Pilzes.

Spietschka.

(2) Kotljar hat seine Culturen auf rasirte Kaninchen überimpfen können; die Farbe der entstehenden Flecke war die der Pityriasis versicolor. Sein Pilz ist ein anderer, als der von Sehlen und Unna beschriebene, gegen welche Autoren K. polemisirt. Abgesehen von der Impfbarkeit unterscheidet sich der Pilz vom Sehlen-Unna'schen durch die Fortpflanzung, die bei ihm, wie bei dem oidium lactis, durch Theilung der Hyphen erfolgt. Die Hyphen zeigen bei gewöhnlicher Behandlung keine Gliederung, die sich aber durch Chlor-Zink-Jodbehandlung nachweisen lässt. Anastomosen der einzelnen Hyphen kommen nicht vor. Die Details des Verhaltens auf diversen Nährböden und der Anatomie passen nicht in den Rahmen eines Referats. Als neuen Namen statt des alten Mikrosporon furfur schlägt er Oidium subtile vor.

Strauch.

(4) Die zur Gattung Achorion gehörigen Favusarten, welche sowohl auf natürlichem, als auch künstlichem Nährboden gedeihen, schmarotzen auf den Hornsubstanzen der Menschen und Thiere und bilden bei längerem Aufenthalte daselbst stets charakteristische schüsselförmige Fruchtstände „Scutula". Eine physiologisch ebenso wie morphologisch ausgeprägte Hauptdifferenz der Favuspilze besteht in dem grösseren oder geringerem Sauerstoffbedürfniss. Die einen bilden auf der Oberfläche der Culturen ein reichliches Luftmycel mit besonderen Luftsporen. Zu diesen gehören drei Species. Sie wachsen auf Culturen schneller, haften bei Impfung auf lebende Wesen leichter, sind aber auch leichter therapeutisch zu bekämpfen. Die zur aerophoben Gruppe gehörigen produciren ein spärliches Luftmycel ohne Luftsporen, zeitigen dagegen eigenartige Anschwellungen an den Hyphen im Nährboden. Diese letzteren dienen zur Untertheilung dieser Gruppe. In der ersten

der drei Unterabtheilungen figurirt bis jetzt allein das Achorion dichroon, das akromegalisch wächst, Rosenkränze, aber keine Endblasen bildet. Die zweite Unterabtheilung umfasst drei Arten, die neben akromegalischem Wachsthum Endblasen und gelbe Massen, aber keine Rosenkränze aufweisen. Sie heissen Achorion acromegalium, demergens und cysticum und können durch die Reichlichkeit der Endblasen, sowie durch ihr verschiedenes makroskopisches Wachsthum leicht unterschieden werden. In die dritte Unterabtheilung gehören zwei Arten, die neben akromegalischem Wachsthum sowohl Endblasen und gelbe Massen wie Rosenkränze bilden: Achorion moniliforme und tarsiferon. Diese unterscheiden sich sehr scharf durch die Bildung der von den Verf. so genannten Tarsi d. i. eigenthümlicher, knötchenförmiger Fruchtstände. Die Verf. halten es für erforderlich, bei einem Favusfalle des Menschen in der Nachbarschaft nicht nur die Existenz von Thierfavus nachzuweisen, um den Schluss auf die Uebertragung zu rechtfertigen, sondern auch im Einzelfalle die Identität der Favusspecies zwischen dem Menschenfavus und der vermutheten Quelle sicherzustellen. Sie glauben, dass mit den 9 bisher differenzirten Favusarten keineswegs alle existirenden Species der Gattung Achorion erschöpft sind und dass wir uns erst am Anfang unserer botanischen Favuskenntnisse befinden.

Bei den Culturversuchen verwendeten die Verf. meist den Unna'schen „mittleren Nährboden" aus 2—4% Agar mit ½% Kochsalz, 1% Pepton und 5% Levulose. Von der Unterfläche des Scutulums abgekratzte Partikelchen wurden auf die Agaroberfläche übertragen, indem ein langer Strich auf die Mitte des Nährbodens gemacht wurde. Die entstandenen isolirten Colonien wurden auf Agarröhrchen übertragen und bildeten die Stammculturen, von denen alle 8—14 Tage abgeimpft wurde. Von letzteren wurden theils Strichimpfungen auf Agar gemacht, theils nur ein kleines Partikelchen des Pilzes auf eine Stelle des Nährbodens placirt. Meist wurden auch noch Nebenimpfungen gemacht. Auf Gelatine wurden kleine Partikelchen des Pilzes mittelst einer Platinnadel eingestochen. Auf Blutserum wurde ebenso wie auf Agar geimpft. Die Kartoffelculturen liessen die Verff. stets in einer feuchten Kammer, alle übrigen in offenen Körben bei 37° C. wachsen.

Zur Prüfung der morphologischen Eigenschaften der Pilze wurden von den aerophilen Favusarten kleine, mittelst Platinnadel von der Oberfläche des Luftrasens abgestrichene Partikelchen in verflüssigten und auf 40° C. abgekühlten Agar geimpft, der flüssige Agar geschüttelt, und 1—2 Verdünnungen angelegt. Das Ausgiessen wurde stets unter einer Glasglocke vorgenommen, deren Boden mit in 1‰ Sublimatlösung getauchtem Fliesspapier bedeckt war.

Da jedoch bei den täglich nothwendigen Untersuchungen Verunreinigungen nicht zu vermeiden waren, so wurde auch öfter das von Unna eingeführte Verfahren der Minimalculturen in Anwendung gebracht. Anstatt in Petrische Schalen wird dabei der Agar in leere

sterilisirte Röhrchen ausgegossen, welche dabei horizontal umgelegt werden, bis der Agar erstarrt ist. Diese Röhrchen wurden ebenfalls bei 37° in den feuchten Kammern gehalten.

Bei den an Luftfrüchten ärmeren Pilzen wurde meist nur eine Verdünnung angelegt. Bei den früchtenreichen, aber luftmycellosen Pilzen wurden stets zwei Verdünnungen angelegt und ebenfalls in sterilisirte Reagenzgläser ausgegossen.

Das Auskeimen der Sporen konnte bereits am ersten oder zweiten Tage wahrgenommen werden. Bei Achorion euthytrix und atacton begann die Luftsporenbildung bereits am vierten Tage, bei den anderen war die Fruchtbildung vom 5. bis 8. Tage vollendet.

Von den Agarculturen wurden dann auch Stücke in Glyceringelatine und Celloidin eingebettet und die Schnitte besonders nach der Weigert'schen Färbung tingirt. Gleichfalls wurden Kartoffelculturen gehärtet und in Celloidin eingebettet. Hier ist jedoch die Weigert'sche Färbung nicht anwendbar wegen der Affinität des Jods zum Amylum. Zu empfehlen ist dagegen die Tinction mit alkalischem Methylenblau und Entfärbung in Alkohol.

Der zweite Theil der Arbeit gibt die bei den einzelnen Pilzarten gefundenen Eigenthümlichkeiten im Einzelnen wieder. Da sich gleichartige Thatsachen aneinanderreihen, so ist es nicht möglich bei der Fülle der Einzelbeobachtungen ein erschöpfendes Referat zu geben und müssen wir bezüglich dieses Abschnittes auf das Original verweisen.

Ledermann.

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Primararzt **Jadassohn** in Breslau.)

Therapie der Syphilis.

1. **Tommasoli.** Sulla azione del siero di sangue di agnello contro la sifilide. Gazz. degli Ospitali. 1892. Nr. 28.
2. **Cotterell.** Preliminary note on the treatment of syphilis by dogs serum. The Times and register. Philadelphia 1892. Nr. 743 p. 621.
3. **Beates.** L'expectation dans les cas douteux d'infection syphilitique. Reporter med. and chir. of Philadelphia. 2. Mai 1891. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1891 p. 332.
4. **Fox, Hingston.** The use of mercury in suspected syphilis. Lancet. 1892. Bd. I. p. 1272.
5. **Simon y Nieto.** Traitement de la syphilis par la méthode hypodermique. Gazeta medica Catalana. 15. März 1891. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1891 p. 571.
6. **Ullmann,** K. Zur klinischen Verwendung einiger schon im Gebrauche stehender, sowie zweier noch nicht benutzter, schwer löslicher Hg.-Injections-Präparate. Wiener klin. Wochenschr. 1892. Nr. 6—17.
7. **Raymond.** Les injections mercurielles dans le traitement de la syph. Gazette des hôpitaux. 1892. Nr. 79.
8. **Levy,** C. Beitrag zur hypodermatischen Anwendung unlöslicher Quecksilberpräparate zur Behandl. der Syph. Ther. Monatsh. 1892, p. 510.
9. **Arnaud.** Traitement de la syphilis par les injections de succinimide mercurique. Paris, Steinheil. Ref. Ann. gén.-ur. 1892 p. 764.
10. **Jullien.** Du traitement de la Syphilis par les injections de succinimide mercurique. Gazette des hôpitaux. 1892. Nr. 27.
11. **Neumann.** Ueber Behandlung der Syphilis mit subcutanen Inject. von Asparagin-Quecksilber. Wien. med. Blätter. 1892. 9.
12. **Eich.** Die Behandlung der Syphilis mittelst intramusculärer Inject. von Quecksilbersalicylat. Therap. Monatshefte 1891. Nr. 8.
13. **Allen,** Charles W. The tannate of mercury in the treatment of syphilis. Med. Record. N. York. 2. Januar 1892.
14. **Lustgarten,** S. Tannate of mercury. New-York. Med. Journ. 1892. 12. März.
15. **Namara.** The treatment of syphilis. Lancet. II. 1892 p. 1348.
16. **Lewis.** Grey Powder for Syphilis. The Times and Register. XXIV. 22., 28. Mai 1892.

17. **Spitzka.** The treatment of syphilitic nervous affections. Boston Medic. and Surg. Journ. CXXVII. 10.
18. **Lagrange.** Sub-conjonctival injections of sublimate Solution in syphilitic irido-chorioiditis. Recueil d'Ophthalmologie. Januar 1892. Ref. The therapeutic Gazette. Apr. 1892.
19. **Mauriac.** Guérison très rapide d'une syphilide papuleuse confluente par l'hydrargyrie cutanée aigue. Gazette des Hôpitaux. 1892. Nr. 91.
20. **Sick.** Ueber Exstirpation des Rectums bei syphilitischer Erkrankung. Jahrb. der Hamburger Staatskrankenanstalten. II. Jahrg. 1890.

(1) Ausgehend von der auf experimentellem Wege festgestellten Thatsache, dass einem bestimmten Thiere Immunität gegen eine bestimmte Krankheit dadurch verliehen werden könne, dass demselben das Blut eines anderen, gegen die nämliche Krankheit refractären Thieres injicirt werde, unterzog Tommasoli sechs an recenter Syphilis leidende Individuen nachstehender Behandlung: er injicirte ihnen Tag für Tag mit der Spritze von Tursini möglichst vollkommen sterilisirtes Blutserum vom Lamme. Die Injectionen wurden nach vorangegangener Desinfection der Haut mit 2‰ Sublimatlösung intramusculär in die Nates ausgeführt und zwar kamen auf eine Injection nicht weniger als zwei und nicht mehr als acht Ccm. Serum. Im Durchschnitt erhielt jeder Kranke zehn Injectionen. Fast regelmässig traten nach den Einspritzungen örtliche und allgemeine Reactionserscheinungen auf; die örtliche Reaction bestand in einer gegen Druck schmerzhaften, ovalären und tiefen Verhärtung, während die allgemeine durch leichtes Fieber am Abende nach der Injection und durch stärkeres oder schwächeres allgemeines Unwohlsein von kurzer Dauer gekennzeichnet war. Zweimal war die betreffende Hinterbacke nach der Injection in toto geschwollen und schmerzhaft, einmal stellten sich von der Injectionsstelle ausstrahlende Schmerzen längs des Nervus ischiadicus ein, die sich bis zum Knie erstreckten und zwei Tage anhielten. In zwei Fällen entwickelte sich an der Hinterbacke, in welche injicirt worden war, ein rothlaufähnliches Erythem. Diese stärkeren Reactionserscheinungen setzt Tommasoli in erster Linie auf Rechnung der durch die Unzulänglichkeit seiner Hilfsmittel verschuldeten unvollständigen Sterilisirung des Blutserums. Bei einem Kranken, der körperlich sehr herabgekommen war, sah sich Tommasoli infolge der heftigen Fieberbewegung und der allgemeinen Depressionserscheinungen, die die Injectionen im Gefolge hatten, genöthigt, die Cur zu unterbrechen.

Was den Heilerfolg anbelangt, war derselbe ein überraschend günstiger: alle luetischen Formen schwanden mit einer Raschheit, wie sie Tommasoli bei keiner mercuriellen Behandlungsmethode, die subcutanen Injectionen mit inbegriffen, je beobachtet hat. Weiteren Versuchen bleibt, wie Tommasoli bemerkt, die Entscheidung vorbehalten, ob die nahezu wunderbare Heilwirkung des Blutserums vom Lamme, die der Autor bei seinen sechs Kranken erzielte, constant eintritt, ob durch dieses Heilverfahren eine vollständige und dauernde Heilung

der Syphilis erreicht wird und ob nicht vielleicht auf dem von Tommasoli angegebenen Wege einem noch nicht von der Syphilis durchseuchten Organismus eine temporäre oder bleibende Immunität gegen dieselbe verliehen werden könne. Dornig.

(2) Cotterell hat im August v. J. in 2 Fällen frischer Syphilis Hundeserum subcutan mit gutem Erfolge angewandt, da das syphilitische Exanthem und die übrigen syphilitischen Erscheinungen schnell danach verschwanden. Die Kranken sind indess nur kurze Zeit beobachtet worden. Um den vermuthlich baktericiden Einfluss des Hundeserums zu erzielen, muss dasselbe frisch sein. Wie andere Beobachter, hat auch C. nach den ersten Einspritzungen eine leichte schnell vorübergehende Temperaturerhöhung bemerkt. An der Injectionsstelle bildet sich gewöhnlich eine umschriebene weiche Anschwellung mit geringer Injectionsröthe. Diese Erscheinungen verschwinden, ohne dass es jemals zur Eiterung kommt, bald wieder. Zuweilen folgt der Einspritzung ein auf die Injectionsgegend beschränkter, sich schnell wieder verlierender Urticariaausschlag. Eingespritzt wird das Serum unter die Rückenhaut 2mal wöchentlich in Dosen von 2 Ccm. mit einer gut sterilisirten Spritze, nachdem auch die Umgebung der Injectionsstelle mit einer 5%igen Carbollösung sorgfältig abgewaschen ist. Die Gewinnung des Serums geschieht, indem man das Blut aseptisch aus der carotis entnimmt und dasselbe in ein weites sterilisirtes Probirröhrchen fliessen lässt, auf dessen Boden behufs Vermeidung der Gerinnung ein wenig Oxalat-Lösung sich befindet. Nachdem die Röhrchen zu $^3/_4$ gefüllt sind, werden sie mit Baumwolle verschlossen und in die Centrifuge gebracht, um die Blutkörperchen und das Plasma abzutrennen. Danach wird das Serum in kleinere sterilisirte Probirröhrchen übertragen, die mit Baumwolle verschlossen werden. Soll das Serum weiter transportirt werden, so bringt man es in sterilisirte Glaspipetten, deren Enden in einer Gasflamme zugeschmolzen werden. Zum Schluss wird die Obduction des bz. Hundes ausgeführt, um sich über die Gesundheit desselben zu vergewissern. C. hat seine Versuche im Anschluss an die bereits publicirten Tommasoli's (Modena) gemacht. Loeser.

(3) Beates räth, in allen, auch noch so zweifellosen Fällen von Initialsclerosen mit der Allgemeinbehandlung bis zum Einsetzen der Secundärsymptome zu warten, da diese doch erst die Diagnose sicher stellen. Sodann bekennt er sich zu der wohl sehr anzweifelbaren Ansicht, dass man bei vorzeitigem Einsetzen oder sehr heftigem Auftreten der Secundärsymptome auf spätere schwere tertiäre Complicationen schliessen könne, ebenso wie langsames Auftreten der Secundärsymptome eine gutartige Lues prognosticiren lasse. Paul Neisser.

(4) Hingston Fox wirft in Bezug auf Cooper's Publication (Lancet 1892 7. Mai) die Frage auf, ob es für Patienten nicht vortheilhaft sein könne, in zweifelhaften aber syphilisverdächtigen Fällen vor Stellung der ganz sicheren Diagnose Mercur anzuwenden. Er glaubt durch frühzeitiges Eingreifen den Verlauf der eventuellen Lues günstig beeinflussen zu können. (? Ref.) Barlow.

(5) Simon y Nieto spricht sich in einem längeren Artikel über die Vor- und Nachtheile der Hg.-Injectionen bei der Luestherapie aus. In dem nichts Neues bringenden Aufsatz verwirft er vor Allem die unlöslichen Salze als unwirksam und grosse Schmerzen, Abscesse u. s. w. verursachend; er empfiehlt am meisten das Hg. pepton. und das Sublimat. Um Salivationen zu vermeiden, gibt er neben Gurgelwässern innerl. Natr. salicyl. Paul Neisser.

(6) Ullmann. Die Thatsache, dass die sogen. unlöslichen, besser gesagt schwer löslichen Hg.-Präparate eine gegenüber den leicht löslichen Hg.-Salzen viel sicherere und ausgiebigere Wirkung entfalten, steht wohl hinlänglich fest. Einzelne derselben, wie das Calomel, Hg. oxyd. flav., Hg. salicyl., dann das graue Oel Langs erfreuen sich aus diesem Grunde vielseitiger Anwendung. Ein Uebelstand haftet ihnen (mit Ausnahme des grauen Oels) jedoch an, d. i. die mangelhafte Dosirung in den bisher gebrauchten flüssigen Vehikeln. Auf der Abtheilung Lang's wurde nun der Versuch gemacht, die verschiedenen im Gebrauche stehenden schwer löslichen Hg.-Präparate in solche Dispensationsformen zu bringen, welche dem genau dosirbaren grauen Oele möglichst nahe stehen. Mittelst wechselnder Mengen von Lanol. anhydr. und Paraff. liquid. wurden Emulsionen angefertigt, welche sowohl in ihrem Hg.-Gehalte, als auch in ihrer Consistenz annähernd dem 30%igen Lang'schen grauen Oele entsprechen. Mit den, in der Spitalsapotheke des Wr. allg. Krankenhauses hergestellten Injections-Präparaten wurden nun an 109 syphilitischen Kranken subcutane Injectionen unter die Rückenhaut gemacht u. zw. derart, dass zuerst jedesmal an einer Reihe von Kranken durch entsprechende Parallelbeobachtungen die locale Reaction der einzelnen schwer löslichen Hg.-Präparate mit der nach derselben Dosis von Ol. cin. auftretenden verglichen, dann erst an einer zweiten Reihe, bei welcher jedesmal das entsprechende Präparat allein angewendet wurde, auch der Einfluss auf den syphilitischen Process erhoben wurde. Diese Versuche beanspruchen hauptsächlich deshalb besondere Beachtung weil bei dieser Art der Verabreichung und Dispensation der Injectionspräparate der so oft gerügte und so oft von grossem Schaden für die Patienten begleitete Uebelstand mangelhafter Dosirung entfällt, demnach auch das Urtheil über die locale Reaction und die Wirkungsweise eines jeden Präparates ein wirklich einwandfreies ist und demgemäss auch eine Vergleichung zwischen den einzelnen Präparaten gestattet. Wie sehr die mangelhafte Dosirung in die Wagschale fallen kann, erhellt aus einer Reihe von Versuchen, die im chem. Laborat. ausgeführt wurden und ausführlich beschrieben werden. Genaue Wägungen ergeben in den heute gebräuchlichen flüssigen Vehikeln z. B. Kochsalzwasser, Paraff. liquid., Glycerin, Gummischleim und Pflanzenöle wegen ihres geringen specif. Gewichtes eine Senkung der in ihnen suspendirten specif. schwereren Präparate z. B. Calomel, Hg. Oxyd. flav. etc. und dadurch Ungenauigkeiten in der Dosirung bis zu selbst 90% der angestrebten Dosis u. zw. zeigen die Versuche deutlich, dass die Ungenauigkeiten —

durch Senkung der wirksamen Bestandtheile in der Suspension verursacht — umso grösser werden, je grösser das specif. Gewicht des Hg.-Mittels und je kleiner das des Vehikels ist. Die specif. leichteren dünnflüssigen Vehikel sollten demnach als irrationell verlassen oder nur unter entsprechender Vorsicht d. i. nach unmittelbar vorhergehendem Schütteln angewendet werden. Dieser Uebelstand entfällt nunmehr bei dieser Art der Bereitung, geradeso wie dies vom grauen Oele bekannt ist. Zur Verwendung gelangten ausser den schon oben genannten Präparaten noch Hg. oxyd. rubr., Hg. oxydul. nigr., Hg. salicyl. basic. (Heyden), Hg. thymol. aceticum (Merck), Hg. diphenylicum (Merck), Hg. benzoicum oxyd. (Brandt-Stoukowenkoff), Hg. resorcino-aceticum (Merck), Hg.-tribromphenol-aceticum (Merck). Die letztgenannten beiden Präparate wurden auf Lang's Abtheilung s. Zeit (1889—1890) von dessen 1. Secundärarzte Ullmann überhaupt zum erstenmal in Verwendung gezogen. Die Dosirung der bezüglich des Hg.-Gehaltes dem 30%igen Ol. cin. vollständig gleichgemachten Lanolinparaffinemulsionen geschah auch ganz analog der beim grauen Oele gebräuchlichen. Injicirt wurde an einer Stelle ausnahmslos nur 0·1 Ccm. d. i. ein Theilstrich der Lang'schen Injectionsspritze. Letztere unterscheidet sich von einer gewöhnlichen Pravaz'schen Spritze nur dadurch, dass sie nur beiläufig 0·5 Ccm. Wasser fasst und in Folge ihrer Länge und der grösseren Distanz der an der Stempelstange angebrachten Theilstriche eine weit genauere Dosirung bis selbst zu Hunderteln eines Ccm. ermöglicht. Die genannte Menge von 0·1 Ccm. wurde nun in der Regel in der ersten Behandlungswoche an 2 Stellen injicirt, in jeder folgenden Woche je eine derartige Injection gemacht u. zw. so lange damit fortgefahren, als Symptome vorhanden waren. In Ausnahmsfällen kann jedoch diese Dosis, was die Zahl der Injectionen betrifft, etwas überschritten werden, so zwar, dass auch in der zweiten, event. dritten Woche 2 Injectionen verabfolgt werden, oder aber dass auch nach Schwund aller Symptome eine oder die andere Injection eines Präparates nachgeschickt wird („Ueberdispensation" Lang's). Die Resultate, die nun mit den genannten Präparaten in der eben beschriebenen Anwendungsweise und Dosirung an stationären sowie ambulanten Kranken erzielt wurden, finden sich in der Arbeit für jedes einzelne Präparat ausführlich beschrieben und zum Schlusse in einer Tabelle zusammengestellt, welche die Verhältnisse der localen Reaction, der mittleren Behandlungsdauer und der dabei allenfalls beobachteten toxischen Wirkung der einzelnen Hg.-Präparate enthält und die wir hiemit auszugsweise wiedergeben. Als Massstab für den Grad der loc. React. wurde das 30%ige graue Oel genommen u. zw. deshalb, weil gerade auf dieser Abtheilung darüber ausgedehnte Erfahrungen vorliegen. Stärker als aufs graue Oel reagiren die Kranken auf Calom., Hg. oxyd. flav. u. rubr., Hg. oxydul. nigr., Hg. tribromph., Hg. benzoic. oxyd. u. Hg. diphenyl. u. zw. entspricht die genannte Reihenfolge zugleich dem Intensitätsgrade der React. Die beiden Präp.: Hg. thymol. acet. und Hg. resorc. acet. verursachten durchschnittlich dieselbe, Hg.

salicyl. basic. mitunter sogar noch geringere Reaction als das graue Oel. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der in Evidenz gebliebenen Fälle betrug für Calom. 17·7, für Hg. oxyd. flav. 18·5, für Hg. oxyd. rubr. 22 Tage. Hg. oxydul. nigr. 19·5, Hg. tribromph. 19, Hg. benzoic. oxyd. 27, Hg. diphenyl. 22, Hg. thymol. acet. 26·7, Hg. resorc. acet. 20, Hg. salicyl. bas. 32·7 Tage. Intoxicationserscheinungen traten auf: 8mal unter 16 mit Calom. behandelten Individuen, ferner 6mal unter 17 mit Hg. oxyd. flav., 2mal unter 9 mit Hg. diphenyl., je einmal unter 7 beziehungsweise 13 und 16 mit Hg. benzoic., Hg. thymol. acet. und salic. behandelten Individuen. Bei den übrigen der oben erwähnten, hier nicht genannten Präparate traten Intoxicationserscheinungen nicht auf; aber auch die beobachteten Erscheinungen waren fast immer nur ganz geringer und vorübergehender Natur, meist leichte Stomatitis, Diarrhoen und sistirten innerhalb weniger Tage nach Aussetzung der Injectionsbehandlung von selbst; nur in einem Falle kam es zu schwerer Stomatitis und periostalen Schwellungen der Kieferknochen u. zw. nach Hg. diphenyl. Als Erklärungsursache für diesen Fall wird in der ausführlich beschriebenen Krankengeschichte eine früher vorhandene und übersehene Nephritis herangezogen. Hervorzuheben ist ferner die in der Arbeit entsprechend den Grundsätzen Lang's verlangte, am Beginne einer jeden Injections-Behandlung oder aber sofort beim Auftreten der mindesten Intoxicationserscheinung vorzunehmende gründliche Untersuchung des Kranken mit Einschluss des Urinbefundes. Beim Vorhandensein bezw. Auftreten von Albumen oder Formelementen im Urin ist mit der Injectionsbehandlung zu sistiren, was jedoch — wie viele Fälle beweisen — nicht hindert, dieselbe nach Schwund der Erscheinungen wieder erfolgreich fortzusetzen. Unter solchen Vorsichtsmassregeln erscheint dem Autor diese Methode ebenso ungefährlich, wie die oft so unbequeme und undurchführbare Inunctionscur oder andere minder wirksame Methoden der Hg.-Einverleibung. (Bäder, Elektroendosmose, interne Application etc.) Was die pharmaceut. Bereitung der Präparate betrifft, so ergaben die Versuche, dass die Mischung am innigsten und zugleich raschesten erfolgte, wenn die möglichst fein geriebenen und durch ein Haarsieb geschüttelten, abgewogenen Pulvermengen unter tropfenweisem Zusatz von Paraff. liquid. in einer Porzellanschale abgerieben und hernach erst das Lanol. anhydr. nach und nach hinzugefügt und damit innig verrieben wurde. Die ganze Procedur dauert für die gegebene Menge der Substanzen höchstens 20 Minuten (nach Angabe der Spitalsapotheke). Die Consistenz der Präparate ist dabei während der Winterszeit bei Zimmertemperatur (18° C.) starr, so dass eine Senkung der Hg.-Bestandtheile nicht stattfindet. Durch vorsichtiges Erwärmen der Präparate in heissem Wasser oder über der Spirituslampe (auf 25—30° C.), was in breithalsigen, mit Glasstopfen verschlossenen Glasgefässen recht gut geschehen kann, erhalten dieselben die entsprechend flüssige Injections-Consistenz. Da die entsprechende Formel des grauen Oels ja als hinlänglich bekannt vorausgesetzt wird, werden hier nur die der übrigen Emulsionen angegeben.

Calom.
Paraff. liquid. aa 4·5
Lanol. 4·0
1 Cm^3 = 0·371 Hg.

Hg. oxyd. flav. 4·0
Paraff. liquid. 4·5
Lanol. anh. 3·5
1 Cm^3 = 0·392 Hg.

Hg. salicyl. bas. 6·0
Paraff. liquid. 4·0
Lanol. anh. 2·0
1 Cm^3 = 0·370 Hg.

Hg. diphen. 7·0
Paraff. liquid. 4·0
Lanol. anh. 2·0
1 Cm^3 = 0·357 Hg.

Hg. thym. acet. 7·0
Paraff. liquid. 5·0
Lanol. anh. 2·5
1 Cm^3 = 0·392 Hg.

Hg. oxyd. rubr. 4·0
Paraff. liquid. 4·5
Lanol. anh. 3·5
1 Cm^3 = 0·392 Hg.

Hg. oxyd. nigr. 4·7
Paraff. liquid. 6·2
Lanol. anh. 3·0
1 Cm^3 = 0·393 Hg.

Hg. resorc. acet. 5·6
Paraff. liquid. 5·5
Lanol. anh. 2·0
1 Cm^3 = 0·385 Hg.

Hg. benzoic. oxyd.[1] 7·0
Paraff. liquid. 18·5
0·5 Cm^3 = 0·039 Hg.

Hg. tribromph.[1] 6·5
Paraff. liquid. 18·0
0·5 Cm^3 = 0·039 Hg.

Der Autor kommt nun an der Hand seiner statistischen Zusammenstellungen zu folgenden bemerkenswerthen Schlüssen. Die Mehrzahl der Hg.-Verbindungen steht bezüglich der Intensität der Localreaction — geht man nur wie in den beschriebenen Versuchen von dem gleichen Metallwerthe aus — über dem metallischen Hg. in Form des grauen Oeles, bloss das Hg. salicyl. weist im Durchschnitte geringere, das thymol. und resorcin. Hg. annähernd gleiche Resultate auf, als das graue Oel. Dem Autor scheint dabei zweifellos die chemische Constitution der verschiedenen Präparate sehr wohl in Betracht zu kommen, so wirken z. B. die Chloride und Oxyde weit aggressiver auf die Gewebe als die Hg.-Verbindungen mit anderen, z. B. den aromatischen Körpern. Deutlich zeigt sich dies beim Calomel, dem gelben und rothen Oxyde, dem schwarzen Oxydul. Interessant ist das Verhalten des Tribromphenolpräparates; dieses nähert sich, offenbar wegen seines Bromgehaltes, den anderen Halogenverbindungen des Hg. und steht so in der Mitte zwischen beiden Gruppen, einerseits den activeren Halogenverbindungen und Oxyden, andererseits den milder wirkenden organischen Verbindungen des Hg. Dem Autor erscheinen gewisse Eigenschaften der Präparate, das sind nämlich der Grad der localen Reaction, die Raschheit der Allge-

[1]) Diese beiden Präparate konnten wegen ihrer Voluminosität und ihres verhältnissmässig geringen Hg.-Gehaltes nicht in Lanolinemulsionen gebracht werden, sondern wurden nur in Paraffin. liquid. suspendirt und vor dem Gebrauch gut geschüttelt.

meinwirkung, endlich die Toxicität in einem gewissen organischen Zusammenhange zu stehen; so steht z. B. das am raschesten wirksame Calomel mit einer mittleren Behandlungsdauer von ca. 17 Tagen auch an der Spitze in der Scala der Toxicität und localen Reaction gegenüber dem Salicyl-Hg., welches in der Raschheit der Wirkung (mittlere Behandlungsdauer 32·7 Tage) aber auch in den anderen beiden Beziehungen in der Scala zu tiefst steht. Jedenfalls gelangen die local heftiger angreifenden Chloride und Oxyde sehr rasch zur Wirkung, weisen aber auch die meisten Intoxicationen auf. Präparate mit ausgesprochen milderer Wirkung wie Hg. thymol., benzoic. und salicyl. weisen auch eine entsprechend längere Behandlungsdauer sowie eine weit geringere Anzahl von Intoxicationserscheinungen auf. Bemerkenswerth kurz war die Behandlungsdauer von Hg. resorc. u. tribromph.: sie betrug bloss 20 respect. 19 Tage. Dabei zeichneten sich beide Präparate, besonders aber das erstere durch sehr milde loc. React., beide aber durch Fernbleiben von Intoxicationserscheinungen aus; Grund genug, diese hiemit neu in die Therapie eingeführten Präparate zu Zwecken antiluetischer Injectionsbehandlung besonders zu empfehlen.

Das Gesammtresultat der Behandlung mit diesen unlöslichen Präparaten ergibt für die 62 geheilten Personen eine mittlere Behandlungsdauer von 22·5 Tagen, eine auffallend kurze Zeit, die auch von einer gut geleiteten Inunctionscur nicht übertroffen wird. Dabei kamen unter 113 Personen (hier sind die 4 gebesserten Fälle und die mit Ol. cin. parellel mit je einem anderen unlöslichen Salze behandelten hinzugezählt) 19 fast immer ganz leichte Intoxicationen zur Beobachtung, von welchen jedoch 14 ausschliesslich auf Calom. und Hg. oxyd. flav., somit bloss 5 auf alle übrigen Präparate entfallen. Ein Vergleich des Ol. cin. mit allen genannten unlöslichen Präparaten fällt rücksichtlich der loc. React. mit Ausnahme des Salicyl-Hg. zu Gunsten des Ol. cin. aus. Das graue Oel wirkt langsamer als Calomel und die Hg.-Oxyde, aber mindestens ebenso rasch, als alle oben erwähnten Hg.-Präparate. Es beansprucht bei Application von 0·2—0·4 Ccm. in der ersten Woche und weiterhin bei Anwendung von wöch. 0·1 – 0·2 des 30% Präparates durchschnittlich 3—4 Wochen zur Tilgung mittelschwerer luet. Allgemeinaffectionen. Dabei ist auch bei derartiger Dosirung und einem von früher her gesunden Individuum an eine Intoxication absolut nicht zu denken. Das graue Oel wird vom Autor auf Grund seiner sonstigen Erfahrungen und dieser Zusammenstellungen im Vergleiche zu anderen Präparaten als ein nicht nur auffallend mildes, sondern auch als prompt und fast immer sicher wirkendes Mittel bezeichnet. Calom. und die Hg.-Oxyde erscheinen dem Autor wegen ihrer heftigen Localreact. wenigstens in dieser Dosirung für die ärztliche Praxis kaum oder nur für gewisse dringende Fälle verwendbar. Bezüglich Recidiven wird in der Arbeit nichts aus eigenen Erfahrungen ausgesagt, und dieser Mangel damit gerechtfertigt, dass dazu wieder eigene systematische Beobachtungen erforderlich wären, welche in einer Universitätsstadt mit so getheiltem und versprengtem

klinischem Materiale an der Klinik niemals einheitlich und beweisend durchgeführt werden können. Der Autor hat mit der Veröffentlichung dieser schon vor ungefähr 2 Jahren zum Abschluss gekommenen Resultate bezweckt, zunächst den früher noch nicht verwendeten beiden Präparaten, dem Resorcin- und Tribromph.-Hg. ihre seinen Erfahrungen gemäss gebührende Plätze als sehr wirksame und dennoch milde Injectionspräparate zuzuweisen, andererseits auch zu zeigen, dass die oft so sehr geschmähte und mit Unrecht so sehr gefürchtete Behandlungsmethode mit den „schwer löslichen" Präparaten sehr gute Resultate liefern kann und auch liefert, vorausgesetzt, dass die Anwendung nur zweckmässig und vorsichtig genug betrieben wird. Die Resultate würden dann denen, mit einer sorgsam geleiteten Inunctionscur nicht nachstehen. Trotzdem beabsichtigt er nicht die Injectionen in besonderer Weise, etwa als ausschliessliche Syphilistherapie anzuempfehlen. Inunctionen, Bäder mit und ohne Elektroendosmose, Pillenbehandlung, alle Methoden mögen auch weiterhin zurecht bestehen. Er wendet nach wie vor neben anderen Arten der Mercurialisirung, Inunctionen, Protojoduretpillen etc. etc. mit dem besten Erfolge einzelne der schwer löslichen Hg.-Präparate, insbesondere aber das Lang'sche graue Oel, Hg. resorc. acetic. und Hg. salicyl. basic. in Form von subcutanen Injectionen unter die Rückenhaut an. Dieselben sind eben so wirksam wie bequem für den Arzt und die Kranken. Autoreferat.

(7) Raymond bringt in einem längeren Artikel eine Uebersicht sämmtlicher Arbeiten und Ansichten der einzelnen französichen Autoren über den Werth der Injectionen mit löslichen und unlöslichen Hg.-Salzen und kommt zu dem Resultat, dass die Injectionen sicher nicht die Zurückweisung verdienen, die sie bisher in Frankreich im Allgemeinen erfahren haben. Im Gegentheil, Verfasser empfiehlt warm unter Aufzählung aller bekannten Vor- und Nachtheile die Injectionen unlöslicher Salze, besonders des Hg. oxydat. flav. und des Ol. cinereum, ohne jedoch die interne Behandlung völlig abgeschafft sehen zu wollen.

Paul Neisser.

(8) Lewy hat Versuche mit Hydrargyrum thymolo-aceticum und Hydr. salicylicum im Ganzen 99 Inj. à 0·05 je zur Hälfte mit einem der oben beschriebenen Präparate gemacht. Der Erfolg der Curen (im Ganzen circa 7—8 Injectionen pro Person) war momentan durchaus befriedigend, allein Recidive wurden häufig schon im 2. bis 5. Monat beobachtet. Ausserdem entstanden häufig Beulen und Infiltrate. Die Schmerzhaftigkeit bei der Injection war meistentheils mässig, manchmal aber bestand wochenlang Druckempfindlichkeit an den betreffenden Stellen.

Barlow.

(9) Arnaud bespricht in seiner unter Jullien's Leitung gefertigten Inauguraldissertation die Wirkungen des Succinimid-Quecksilbers. Derselbe gibt, nachdem er die einschlägige Literatur citirt, die chemische Zusammensetzung des Präparates und zugleich diejenigen Vorsichtsmassregeln an, welche bei der Herstellung und Aufbewahrung

des Medicamentes angewendet werden müssen. Es wird sowohl intern (2 Pillen von 2—3 Centigramm pro die) wie subcutan (tägl. Inj. zu je 2 Milligramm) mit bestem Erfolge gebraucht. Niemals, bei vielen hundert Einspritzungen (sämmtlich in die Nates) wurde Abscessbildung beobachtet. Die einzelne Cur bestand durchschnittlich aus 20 Inj. (Beobachtung an 40 Pat.). Nach interner Application trat Quecksilber am 2.—3. Tage nach der Anwendung im Urin auf, nach subcutaner Injection schon nach 5—6 Stunden. Letztere Methode ist auch therapeutisch die wirksamere. Vor Allem gut beeinflusst werden Erscheinungen der Secundärperiode. Eine Beschreibung der wichtigeren Quecksilberanalysen im Harne ist beigegeben. Barlow.

(10) Jullien empfiehlt in allen den Fällen, in denen man aus irgend welchem Grund von Injectionen mit unlöslichen Hg.-Salzen absehen zu müssen glaubt, tägliche Injectionen von Succinimidquecksilber in der Dosis von 0,002:1,0 aq. dest. Er will in 38 Fällen nur 3mal eine leichte Salivation, nie eine ernstere Stomatitis, nie Erscheinungen von Seiten des Magens und nur höchst selten Diarrhoen gesehen haben. Nach durchschnittlich 22 Injectionen (er hatte jedoch auch schwerere Fälle, in denen er bis auf 45 Injectionen stieg) sah er ein Verschwinden aller secundären Symptome und auch bedeutende Besserung tertiärer. Die Injectionen mit reinen, guten Lösungen waren absolut schmerzlos, nie trat unter 581 Injectionen ein Infiltrat oder ein Abscess auf.

Paul Neisser.

(11) Neumann injicirt von 1% und 2% Aspargiequecksilberlösung je eine Pravaz'sche Spritze täglich entweder subcutan in die Subscapulargegend, oder intramusculär in die Glutaei. Diese Injectionen werden im Allgemeinen gut vertragen, bedingen nur leichte, wenig schmerzhafte Infiltrate. Nur in einem Falle entstand heftige Stomatitis und blutige Diarrhoe. Syphilitische Exantheme blassen auf 10—14 Injectionen ab, schwinden aber erst nach 3—4 Wochen. Durchschnittliche Behandlungsdauer 40 Tage, durchschnittliche Zahl der Injectionen 27. N. setzt diese Injectionen ihrer Reaction und Wirkung nach neben Sublimat, Formamid-, Pepton-Quecksilber. Finger.

(12) Das Hydrarg. salicylic. wurde in 10%iger Suspension mit Paraffinum liquidum angewendet. Zwischen dem basischen von Heyden bezogenen und dem neutralen vom Apotheker des Bürgerhospitals in Köln bezogenen Salz ergab sich in der therapeutischen Wirkung kein wesentlicher Unterschied. Die Injectionen, welche in die Glutäen gemacht wurden, beeinflussten die Krankheit im Allgemeinen günstig veranlassten keine Intoxicationserscheinungen und verliefen schmerzlos. Nur in einer Anzahl von Fällen versagte die antiluetische Wirkung, so dass das Präparat den meisten anderen Injectionsmitteln, besonders dem Oleum cinereum an Sicherheit nachsteht. Zweckmässig werden wöchentlich 2 Injectionen à 0,1 Hydrarg. salicyl. gemacht. Erforderlich sind durchschnittlich 7 Injectionen. Recidive waren sehr zahlreich,

traten frühzeitig auf und waren meist schwerer Natur. Die Arbeit ist unter der Aegide Leichtenstern's angefertigt worden.

Karl Herxheimer.

(13) Allen schildert Darstellung und Eigenschaften des Hydrargyr. tannic., die ja genügend bekannt sind. Von ungünstigen Nebenwirkungen sah er in einigen Fällen, bei keineswegs hoher Dosirung, Stomatitis, zweimal schweren Speichelfluss. Die Vorzüge des Präparates vor anderen Hg.-Verbindungen sind: 1. Dass es haltbar ist, sich nicht zersetzt, 2. dass es schnell assimilirt und schnell eliminirt wird, 3. dass auf diese Weise eine ziemlich grosse Quecksilbermenge gegeben und ein relativ grosser Theil absorbirt werden kann, wie quantitative Analysen des Urins beweisen, 4. dass es — nach Verf.'s Erfahrung — nicht so leicht Salivation hervorruft wie Calomel und Protojoduret. Hydrargyri, 5. dass es nicht so leicht wie Protojoduret und Sublimat Diarrhoe und Gastroenteritis verursacht, 6. dass es von Kindern in Dosen von 0,02—0,04 pro die gut vertragen wird, 7. dass der Magen absolut nicht davon gereizt wird, da es in demselben unverändert bleibt und erst zerfällt, nachdem es mit dem alkalischen Darmsafte in Berührung kam.

Sternthal.

(14) Lustgarten wendet das von ihm zuerst empfohlene Hydrarg. oxydatum tannic. noch immer mit grosser Vorliebe an, nachdem er es an ungefähr 300 Fällen geprüft hat. Er behandelt die Lues intermittirend, indem er zunächst 30—40 Einreibungen unmittelbar nach dem Auftreten der Allgemeinerscheinungen machen lässt (Inunctionen hält er für die energischeste Methode); dann gibt er 3—5 Gran Hydr. tannic. pro die einen Monat lang und dann dasselbe weiter mit Intervallen, die vom 1—3 Monate zunehmen. Bei secundären Recidiven und bei tertiären Erscheinungen hat er von Hydr. tannic. und J.-K. (beide Medicamente in einem Zwischenraum von einigen Monaten gegeben) gute Erfolge gesehen. Die Dosis für den Erwachsenen ist 3—5 Gran pro die (100—150 Gran für eine Cur), für Kinder $^1/_3$—1 Gr. 2—4mal tägl. in 1 Theelöffel Milch. Stärkere Stomatitis, unangenehme Erscheinungen von Seiten des Magens hat er nie gesehen, da es keine cumulativen Wirkungen besitzt. L. verschreibt das Hydr. tannicum mit Ac. tannic. und Sachar. in Gelatine-Kapseln.

(15) Namara empfiehlt zur Behandlung der Syphilis „Mercury with chalk“ (Quecksilberoxyd) in der Dosis von 1—2 Gran tägl. für Erwachsene.

Barlow.

(16) Lewis empfiehlt zur Behandlung der Lues Quecksilber in Form von Pulvern mit Opium oder in Tabletten, bestehend aus je 1 Gramm „graues Pulver“ und Ipecacuanha und 2 Gramm Milchzucker. Auf diese Weise glaubt Verf. eine stark antiluetische Wirkung ohne lästige Nebenerscheinungen stets erzielt zu haben.

Lasch.

(17) Spitzka betont mit grossem Nachdruck den Unterschied zwischen den luetischen Erkrankungen des Centralnervensystems je nach dem sie resultiren aus einer gummösen Erkrankung und aus sy-

philit. Gefässveränderungen oder sich als Tabes dorsalis, resp. Dementia paralytica darstellen. Affectionen der ersten Art sind durch die schnelle und heftige Art ihres Auftretens gekennzeichnet und werden durch eine rechtzeitige antiluetische Behandlung schnell zum Verschwinden gebracht. Weniger Erfolg habe die antisyphilitische Behandlung bei Tabes und progressiver Paralyse. Lasch.

(18) Lagrange hat in einem Falle von luetischer Iritis und Chorioiditis subcutane Injectionen von Sublimat 1·0:1000·0 in den Tenon'schen Raum angewendet, nachdem eine Inunctionscur und Jodkalium erfolglos geblieben waren. Innerhalb von 3 Wochen war der Pat., dessen Sehschärfe bei Beginn der Behandlung $^1/_7$ gewesen war, so weit hergestellt, dass er wieder arbeiten konnte. Verf. hält 5—6 Tropfen einer Sublimatlösung von $^1/_{1000}$ mehrmals injicirt für eine genügende Dosis. Lasch.

(19) In die Behandlung Mauriac's kam ein junger Mann mit einem papulösen Syphilid, das ca. 2 Monate nach dem Auftreten der Sclerose sich eingestellt hatte. Der Pat. wurde mit Hg.-Pillen behandelt, die er sehr gut vertrug, das Exanthem ging zurück, Pat. wurde entlassen. Wenige Tage später bekam der Pat. von Neuem — und dieses Mal viel stärker — ein papulöses Syphilid. Der Pat. erhielt jetzt Einreibungen von täglich 4 Gr. Ung. cin. Am 4. Tage zeigte sich an den Stellen der Inunctionen ein Ekzem, das innerhalb von 24 Stunden sich über den ganzen Körper ausbreitete, scharlachroth war und mit hohem Fieber einherging. Am 6. Tage nahmen Röthung und Schwellung der Haut ab, das Fieber ging herunter, es trat ganz wie bei Scharlach eine Schälung grosser Hautpartien ein. Keine Salivation, keine Stomatitis, keine Erscheinungen von Seiten innerer Organe. Am 2. Tage nach dem Auftreten des Hg.-Exanthems wurde das Exanthem undeutlich, am 4. Tage war es verschwunden. M. schliesst jede andere Erkrankung wie Erysipelas oder Scarlatina aus und ist geneigt, die überaus schnelle heilende Wirkung des Hg.-Exanthems auf Rechnung des bestehenden hohen Fiebers zu setzen. Lasch.

(20) Sick macht zunächst einige statistische Mittheilungen über die Häufigkeit des Vorkommens venerischer Rectumaffectionen bei Männern und Weibern, bespricht kurz die chirurgische Therapie der Rectumstricturen und veröffentlicht dann 3 von ihm operirte Fälle von Mastdarmlues mit sehr gutem Ausgange. In den beiden ersten Fällen, die seit Beginn der luetischen Erkrankung unter ärztlicher Controle gestanden und wiederholt Hg.-Curen durchgemacht hatten, zeigten die mikroskopischen Präparate keine für Lues charakteristischen Veränderungen. Der III. Fall, der 8 Jahre lang nicht behandelt war, — cf. die Krankengeschichten im Original — zeigte Gefässveränderungen und Gummata im ganzen Bereiche des Darms. Lasch.

Buchanzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. G. Lewin. Tafel der Anatomie der Haut. Verlag von S. Karger, Berlin.

Angezeigt von Prof. M. Kaposi in Wien.

Eine 0·95 : 1·45 M. in Fläche betragende colorirte Tafel, darstellend einen idealen Durchschnitt durch die Haut, mit Eintragung aller, auch der feinsten histologischen und anatomischen Details und ihrer genauen Benennung, zum Zwecke der Demonstration beim Unterricht von dem Autor nach mikroskopischen Präparaten angefertigt. Dieselbe ist zu dem erwähnten Zwecke sehr zu empfehlen, namentlich in den ersten Wochen des klinischen Semestral-Unterrichtes, da thatsächlich in der genannten Richtung die Studirenden aus ihren anderweitigen Disciplinen wenig Orientirung mitbringen.

Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten. Herausgeber P. G. Unna Hamburg, Malcolm Moris London, H. Leloir Lille, L. A. Duhring Philadelphia. Hamburg und Leipzig Leopold Voss. Heft VI bis IX.

Angezeigt von Prof. F. J. Pick in Prag.

Wir haben dem gross angelegten Werke schon einmal eine eingehende Besprechung gewidmet, es erübrigt uns heute nur noch zu constatiren, dass dasselbe den Erwartungen, die wir von der Fortsetzung desselben gehegt haben, in vollkommener Weise entsprochen worden ist. Die neuen Lieferungen enthalten: Bruce, Abnorme Färbung der Haut und Schleimhaut; Jacquet, Ulcera trophica, Syringomyelie; Giovannini, Canities unguium; Unna, Leukonychia et Leukotrichia; Besnier, Malleus chronicus; Lewin und Heller, Cornua cutanea syphilitica; Brooke, Keratosis follicularis contagiosa; Darier, Psorospermosis follicularis vegetans (2 Tafeln); Schweninger und Buzzi, zwei Fälle von Darier'scher Dermatose; Babes, Pemphigus malignus; Mibelli, Forme non commune de Kératodermie (Porokeratosis); Sack, Psoriasis conjunctivae; Tommasoli, Akrokeratoma hystriciforme hereditarium. Man sieht aus dieser Inhaltsangabe, dass es sich um Gegenstände von höchster actueller Bedeutung handelt und dass die Herausgeber darauf bedacht waren, die denselben Gegenstand behandelnde Specimina zusammen zu stellen. Auch der Verlagshandlung zollen wir für die bildliche und textliche Ausstattung volles Lob und wünschen dem Unternehmen, welches die Dermatologen aller Länder zu grösstem Danke verpflichtet, einen gedeihlichen Fortgang.

Varia.

XI. Internationaler med. Congress. Das Executiv-Comité des XI. Internat. med. Congresses hat beschlossen, denselben vom 29. März bis 5. April 1894 in Rom tagen zu lassen. An den Arbeiten des Congresses können alle jene Aerzte theilnehmen, die durch Erfüllung der mit der Inscription verbundenen Obliegenheiten in Besitz der Mitgliedskarte gelangt sind. — Doctoren anderer Disciplinen, die sich für die Arbeiten des Congresses interessiren, können mit den gleichen Rechten und Pflichten wie die Aerzte Congressmitglieder sein, und steht ihnen ebenfalls das Recht zu, thätigen Antheil an den Arbeiten zu nehmen, sowohl durch Vorträge als durch Theilnahme an den Discussionen. — Der Beitrag der Mitglieder des Congresses ist auf 20 M. festgesetzt. — Die Herren Aerzte und alle jene Personen, welche am Congresse theilzunehmen wünschen, werden ersucht, ihren Beitritt baldigst dem General-Secretariat des XI. Internationalen medicinischen Congresses in Genua anmelden zu wollen. — Die von den Eisenbahngesellschaften gewährten Ermässigungen sind vom 1. März bis zum 30. April giltig.

Comedonen-Quetscher aus Hartglas. Von Dr. Karl Ullmann in Wien. Die gebräuchlichen Comedonen-Quetscher sind fast ausschliesslich aus Metall construirt und haben in Folge dessen den Nachtheil der Undurchsichtigkeit, die es nicht gestattet, den Erfolg beim Ausquetschen der Comedonen und Pustelchen mit dem Auge controliren zu können. Ausserdem lassen sie sich nicht leicht reinigen und rosten gerne. Die genannten Nachtheile sind bei den nach meiner Angabe vom Instrumentenmacher Leiter in Wien ausgeführten Apparatchen vermieden. Dieselben haben annähernd die Form der schon von Hebra sen. gebrauchten Uhrschlüssel, sind aber aus schwer zerbrechlichem Hartglas, in Folge dessen durchsichtig und was hauptsächlich hervorzuheben ist, stets leicht zu reinigen und zu desinficiren. Sie werden in vier verschiedenen Weiten angefertigt. Sie können ebensowohl vom Arzte als vom Patienten selbst benützt werden. Die Handhabung geschieht leicht und schmerzlos. Der Instrumentenmacher Leiter versendet die Apparatchen zu je vier in verschiedenen Weiten in eigenen Holzetuis. Der Preis des einzelnen beläuft sich auf wenige Kreuzer. Einige Wiener Collegen, denen ich dieselben zum probeweisen Gebrauche übergeben habe, waren damit ebenso wie ich so zufrieden, dass ich es für werth halte, die Aufmerksamkeit der Fachcollegen auf dieselben zu lenken.

Originalabhandlungen.

Kann die Behandlung mit Quecksilber Cylindrurie und Albuminurie hervorrufen? [1])

Von

Dr. **Edvard Welander** in Stockholm.

Um ein Heilmittel genau zu kennen, ist es nicht nur nöthig zu wissen, wie es auf einen Theil krankhafte Processe im Organismus einwirken kann, sondern auch — soweit dies möglich ist — auf welchen Wegen es sich in den Körper einführen lässt, wie lange es in ihm remanirt und wann, wie und auf welchen Wegen es eliminirt wird, welche Einwirkung es auf nicht krankhafte veränderte Körpertheile ausübt und welche Ungelegenheiten es in der einen oder anderen Richtung in dem Organismus herbeiführen kann, für den es in Anwendung gebracht werden soll.

In den letzten Jahren sind in dieser Richtung eine Menge Untersuchungen über verschiedene Heilmittel ausgeführt worden; so haben wir eine nicht unbedeutende Kenntniss von der Absorption und Elimination des Quecksilbers erhalten, und ebenso haben wir erfahren, wie dieses Heilmittel — in der einen oder anderen Form angewendet — nachtheilig auf die Haut, auf die Schleimhaut des Mundes, des Magens und des Darmcanals einwirken kann etc. Dahingegen hat man in hohem Grade die Frage übersehen, welche Einwirkung dieses Mittel auf die Nieren haben kann, und dieses ist um so merkwürdiger, da un-

---

[1]) Vortrag, gehalten im Verein schwedischer Aerzte am 19. December 1893.

zählige Untersuchungen gezeigt haben, dass das Quecksilber constant in grosser Menge gerade durch die Nieren eliminirt wird. Es sollte ja die Frage ganz nahe zur Hand gelegen haben: Geschieht diese Elimination in der Regel ohne eine Reizung der Nieren, oder, wenn eine solche Reizung stattfindet, ist sie von einiger Bedeutung und kann sie vorübergehend oder für die Zukunft einen Schaden herbeiführen? Ich will versuchen, in diesem Aufsatz einen kleinen Beitrag zur Beantwortung dieser Frage zu liefern.

Es war in England, wo man zuerst beobachtete, dass Albuminurie bei Syphilispatienten auftreten kann; man schrieb indessen die Albuminurie auf Rechnung des angewendeten Quecksilbers. Gegen diese Ansicht trat Rayer (1840) auf, welcher hervorhob, dass es die syphilitische Krankheit an sich selbst sei, welche die Albuminurie hervorrufe. Seitdem hat dieses als ein Glaubensartikel gegolten, und erst im Jahre 1885 — so viel ich habe finden können — ist die Ansicht wieder ausgesprochen worden, dass die Behandlung mit Quecksilber eine zufällige Albuminurie hervorrufen könne.

Auf dem IV. Congresse für innere Medicin in Wiesbaden in dem genannten Jahre erwähnte nämlich Fürbringer, dass er bei 8 Patienten von 100, die der Mercurialbehandlung unterworfen wurden, den Harn albuminhaltig gefunden habe. Schuster in Aachen bemerkte bei dieser Gelegenheit, dass auch er derartige Fälle beobachtet habe.

Da ich bei einer grossen Anzahl Untersuchungen von Patienten, die mit verschiedenen Quecksilberpräparaten behandelt wurden, fand, dass im Laufe der Behandlung sowohl Cylindrurie, wie Albuminurie auftreten konnte, sah ich mich 1891 für berechtigt an, in einem Aufsatz: Ueber Albuminurie und Cylindrurie durch Syphilis und Quecksilber. Nord. Med.-Arkiv, Band XXIII, Nr. 29, folgende Ansicht auszusprechen:

„Cylindrurie und Albuminurie, auf Syphilis beruhend, sind selten in einem frühen Stadium dieser Krankheit.

In einem späteren Stadium der Syphilis tritt in einzelnen Fällen ohne entdeckbare Ursache eine besondere Form von acuter Nephritis mit Blutcylindern, Fettkorncylindern, Detritus u. s. w. zusammen mit Papulo-Tuberkeln, Gummata etc. an

anderen Körpertheilen auf, verschwindet aber gleichzeitig mit den anderen syphilitischen Symptomen bei specifischer Behandlung bald wieder (möglicherweise kann sie auf im Zerfall begriffenen Nierensyphilomen beruhen).

Hg-Behandlung, namentlich kräftige, gibt sehr oft Anlass zu Cylindrurie, zuweilen auch zu Albuminurie, welche Leiden, gleich der Stomatitis, je nach der individuellen Disposition in schwererer oder gelinderer Form auftreten. Der Urin ohne Eiweiss und ohne Cylinder berechtigt ebensowenig wie völlig gesundes Zahnfleisch zu dem Schlusse, dass nur eine unbedeutende Menge Hg absorbirt worden ist. Die Kenntniss von der Grösse der absorbirten Hg-Menge wird nur durch Untersuchung des Urins oder der Foeces auf Hg erhalten.

Cylindrurie und Albuminurie, auf Hg-Behandlnng beruhend, sind ziemlich schnell übergehend und lassen in der Regel keine Disposition für Nephritis für die Zukunft zurück."

Auf dem zweiten internationalen dermatologischen Congress in Wien im September 1892 hielt Schwimmer einen Vortrag: „Ueber das Vorkommen der Albuminurie bei luetischen Affectionen," in welchem er unter anderem sagte, dass er zwar bei 22 Patienten von 250, die mit Hg behandelt wurden, Albuminurie auftreten gesehen habe, dass er aber diese „Eiweissausscheidung als ein Symptom der constitutionellen Syphilis" betrachten müsse und dass in dieser Hinsicht seine „Ansichten jenen Welanders widersprechen". In der darauf folgenden Discussion hob keiner der Redner die Wahrscheinlichkeit einer Albuminuria mercurialis hervor.

Da nun Tausende von Hg-Untersuchungen uns gezeigt haben, dass eine grosse Menge Hg ununterbrochen durch die Nieren eliminirt wird, so sind wir ja ziemlich berechtigt zu muthmassen, dass diese Elimination eine Reizung in ihnen verursachen könne, zumal wir wissen, dass bei acuter Intoxication mit Hg anatomisch nachweisbare Veränderungen, wie Epithelnekrose mit oder ohne Kalkinfarcten, in den Nieren auftreten können. Ullmanns zahlreiche, genaue Versuche an Thieren haben dasselbe gelehrt: „Absolut und relativ am meisten Hg-Metall fand sich stets in der Nierensubstanz" und dieses nicht nur bei acuten Intoxicationen, sondern „auch bei den chronischen

Vergiftungen sowie bei medicamentöser Dosirung, also bei relativ kleinen einverleibten Hg-Dosen war der Metallgehalt der Niere sehr gross". Auch wenn Ullmann in diesen Fällen keine Epithelnekrose constatiren konnte, so ist eine solche doch von anderen Forschern beobachtet worden.

Auf Grund alles dieses würde es mir eigenthümlich erscheinen, wenn wir nicht auch bei Menschen bei medicamentöser Dose von Hg mitunter in den Nieren Zeichen einer durch die Elimination von Quecksilber hervorgerufenen Reizung beobachten könnten.

Da nun die Frage, inwiefern eine Behandlung mit Hg eine Reizung in den Nieren hervorrufen und nachtheilig auf sie einwirken kann, nicht nur theoretisches, sondern auch praktisches Interesse haben kann, so habe ich eine neue Serie von Untersuchungen angestellt, um meine früher ausgesprochenen Ansichten zu controliren, und es ist das Ergebniss dieser Untersuchungen, welches ich hier darlegen werde.

Will man untersuchen, ob sich eine Reizung in den Nieren vorfindet oder nicht, so genügt es nicht, mit einem mehr oder weniger empfindlichen Reagens nachzusehen, ob sich Eiweiss in nachweisbarer Menge im Harn findet oder nicht, sondern es ist nothwendig, genaue mikroskopische Untersuchungen über die Formenelemente, namentlich die Cylinder anzustellen, die im Harne vorkommen können. Dieses hat Schwimmer in seinem weiter vorn erwähnten Aufsatz unterlassen; wenigstens geschieht es nur äusserst selten, dass er etwas von den Cylindern erwähnt; es ist so gut wie ausschliesslich nur die Rede von der Albuminurie.

Dank sei Stenbeck's Erfindung des Sedimentators (der Centrifuge), so ist es nicht länger mit Schwierigkeiten verbunden, gleich nach dem Lassen des Harnes solche Untersuchungen auf Formenelemente, auf Cylinder auszuführen. Eine solche Untersuchung gibt uns über den Zustand der Nieren viel wichtigere Aufschlüsse als die Salpetersäure und auch andere, für die Albuminurie viel empfindlichere Reagentien.

In meinem weiter vorn erwähnten Aufsatz habe ich diese von allen anerkannte Auffassung auch hervorgehoben, und ich will jetzt nur einige dort vorkommende Worte von mir über

die Bedeutung des Vorkommens und des Auftretens von Cylindern im Harne anführen. Nachdem ich betont habe, dass man auf alle Formenelemente, von denen ein Theil constant auftritt, Acht geben muss, hebe ich hervor, „dass man jedoch das grösste Gewicht auf das Vorkommen von Cylindern zu legen hat; aber da entsteht die Frage: Können Cylinder in dem Urin von einer völlig gesunden Niere vorkommen? Und dann kann man mit Bizzozero fragen: Gibt es wirklich eine völlig gesunde Niere? Da man weiss, dass von den Nieren beständig eine Menge für dieselben mehr oder weniger irritirender Stoffe ausgeschieden werden müssen, so könnte es nicht verwundern, wenn sich stets an irgend einer Stelle derselben ein irritativer Process fände, der sich durch eine minimale Veränderung des Harnes, z. B. durch ein paar Cylinder in demselben, zu erkennen gäbe. Um die oben gestellte Frage beantworten zu können, ist es nöthig, eine grosse Anzahl von Untersuchungen an Personen auszuführen, die mit allen den diagnostischen Mitteln, die wir jetzt haben, als völlig gesund erkannt worden sind. Solche Untersuchungen habe ich Gelegenheit gehabt, nur in einer sehr geringen Anzahl von Fällen vorzunehmen, ich glaube aber gleichwohl, dass ich auf Grund dieser und meiner an syphilitischen Personen ausgeführten Untersuchungen berechtigt bin den Schluss zu ziehen, dass man bei völlig gesunden Personen keine Cylinder antreffen darf, dass aber das Vorkommen eines oder ein paar hyaliner oder feinkörniger Cylinder uns nicht das Recht gibt, auf eine in der einen oder anderen Weise wirklich krankhafte Veränderung in den Nieren zu schliessen, die diesen Urin secernirt haben. Ganz anders gestaltet sich das Verhältniss, wenn man einen Fall verfolgt und in ihm anfänglich keine oder nur ein paar einzelne solche Cylinder findet, dieselben aber während des Verlaufes der Krankheit immer zahlreicher werden und vielleicht gar mit Blut- oder Epithelcylindern untermischt auftreten sieht. In einem derartigen Falle hat man das Recht, eine nach und nach zunehmende Reizung in den Nieren anzunehmen. Blut und Epithelcylinder und ebenso auch metamorphisirte Cylinder haben ja ihre Bedeutung, aber auch eine grosse Anzahl hyaliner und feinkörniger Cylinder dürfte sicher einen mehr

oder weniger abnormen Zustand in der Niere zu erkennen geben."

Diese meine damals ausgesprochenen Ansichten stimmen vollkommen mit denen überein, zu welchen ich auf Grund der zahlreichen Untersuchungen gekommen bin, die ich seit jener Zeit ausgeführt habe.

Wenn zur Untersuchung Harn von einer Frau angewendet wird, so ist er mittelst des Katheters zu nehmen; wird der Harn von einem Mann genommen, so ist der zuerst gelassene Theil desselben zur Sedimentirung nicht anzuwenden, weil sich in ihm Trippereiter, Tripperfäden u. dgl. finden können, worin die Untersuchung auf Cylinder auf mehr oder weniger bedeutende Hindernisse stossen kann.

Wenn ich nun die Ergebnisse dieser meiner letzten Untersuchungen über Cylindrurie und Albuminurie, durch Behandlung mit Hg verursacht, darlege, so scheint es mir am zweckmässigsten zu sein, erst über das Auftreten der Hg-Cylindrurie zu berichten.

Das Vorkommen und Auftreten von Cylindern im Harn kann selbstverständlich keine Bedeutung als Beweis dafür haben, dass die Cylinder durch eine Behandlung mit Quecksilber hervorgerufen sind, sofern es sich nicht zeigt, dass sie in der Regel in dem Verhältniss auftreten, an Menge zunehmen und sich vielleicht auch in ihrer Beschaffenheit entwickeln, in dem die Behandlung mit Hg fortschreitet. Sollten die Cylinder in der Syphilis ihren Grund haben, so müsste ja ihr Auftreten und Verschwinden mit dem Auftreten und Verschwinden der syphilitischen Symptome in Zusammenhang stehen; stehen sie dagegen mit der Behandlung mit Quecksilber, d. h. der Elimination des Quecksilbers durch die Nieren in Zusammenhang, so muss ihr Auftreten und Verschwinden auch mit einer vermehrten oder verminderten Ausscheidung von Quecksilber durch die Nieren Uebereinstimmung zeigen.

Haben also die Cylinder in der Syphilis ihren Grund, so dürfte man sie im Anfange der Behandlung finden und sie dann gleichzeitig mit den übrigen syphilitischen Symptomen verschwinden sehen; haben sie dagegen in der Behandlung mit Hg ihren Grund, so sollte man im Anfange der Behandlung

keine oder nur einzelne Cylinder, einen mehr oder weniger bedeutenden Cylindergehalt aber erst am Schlusse der Behandlung finden.

In meinem vorigen Aufsatz habe ich erwähnt, dass ich von 15 Patienten, die ich für den ersten Ausbruch der Syphilis behandelte, im Anfange der Behandlung bei 13 keinen einzigen Cylinder entdecken konnte und nur bei 2 ein paar hyaline Cylinder antraf. Von 11 Patienten, welche ihre Behandlung für Recidiv (secundäres Stadium) begannen, konnte ich Cylinder nur bei einem entdecken, und auch er hatte nur ein paar. Von 13 wegen tertiären Symptomen in das Krankenhaus aufgenommenen Patienten hatten 10 keine Cylinder, 2 einige und einer ziemlich viel hyaline und feinkörnige. Also von 39 Patienten in verschiedenen Stadien der Syphilis hatten 33 keine Cylinder, und von den 6, bei denen Cylinder gefunden wurden, hatten 5 nur ein paar hyaline Cylinder, d. h. nicht mehr, als man bei völlig gesunden Personen antreffen kann, und nur einer hatte eine grössere Anzahl, was ja alles dagegen spricht, dass die Syphilis an und für sich Cylindrurie verursacht.

Ich habe nun Gelegenheit gehabt, 97 Patienten vor dem Beginn der Behandlung zu untersuchen. Bei 17 von ihnen, d. h. bei 17·5 Proc. waren Cylinder zu entdecken (welcher Procentsatz ziemlich nahe mit dem in meiner vorigen Serie erhaltenen zusammenfällt, wo er 15·4 Procent betrug). Auch diese Patienten haben sehr verschiedene Symptome von Syphilis, wie Sclerosis, Roseola, papulöses und pustulöses Syphilid, Gummata, Knochenaffection, Gehirn- und Rückenmarkssyphilis u. s. w. gehabt. Von 46 Patienten mit dem ersten Ausbruch der Syphilis haben 6, von 36 mit Recidiv (secundärem Stadium) 5 und von 15 mit tertiären Symptomen 6 Cylinder gehabt. Von diesen Patienten, bei denen sich Cylinder fanden, haben sieben 1 Cylinder,[1]) vier 2 und einer 3 Cylinder gehabt; vier haben einzelne Cylinder und nur einer hat Cylinder hier und

---

[1]) Wenn ich z. B. „einen hyalinen Cylinder“ angebe, so meine ich damit, dass ich trotz sorgfältigen Suchens in 1 oder 2 Präparaten nicht mehr als diesen einen Cylinder habe finden können; ich habe selbstverständlich nicht das Sediment der ganzen Harnmenge untersucht.

da gehabt. Der Cylindergehalt bei den ersten 12 Patienten ist mithin nicht grösser gewesen als derjenige, der bei völlig gesunden Personen vorkommen kann, und bei den anderen 5 hat er sich nur unbedeutend, wenn überhaupt etwas grösser als bei diesen gezeigt. Von 5 Patienten hatten 4 Albuminurie bei ihrer Aufnahme in das Krankenhaus, und bei einem stellte Albuminurie sich im Laufe der Behandlung ein. Es scheint mir am zweckmässigsten zu sein, diesen letzten Fall näher zu besprechen, wenn ich über Albuminuria mercurialis berichte. (Siehe Fall XX.)

Auch diese Serie spricht ja bestimmt gegen die Annahme, dass die Syphilis an und für sich selbst, anders als ausnahmsweise, Cylindrurie verursacht.

Wir wissen nun, dass bei der Behandlung mit Einreibungen, Ueberstreichungen und Einspritzungen von löslichen und unlöslichen Hg-Salzen eine ziemlich schnelle und gleichmässige Absorption von Hg stattfindet, was sich durch eine constant während der ganzen Dauer der Behandlung steigende Elimination von Hg zu erkennen gibt; eine beträchtliche Elimination von Hg ist noch einige Zeit nach Abschluss der Behandlung zu beobachten; später nimmt die Menge des eliminirten Hg mehr und mehr ab.

Ist es nun so, dass die Behandlung mit Hg, d. h. die Elimination von Hg durch die Nieren, in den Nieren eine Reizung hervorrufen kann und dass diese Reizung sich durch das Auftreten von Cylindern im Harn zu erkennen gibt, so dürften wir ja berechtigt sein zu erwarten, dass ein Cylindergehalt im Harn im Anfange der Behandlung entweder gar nicht oder in nur minimaler Grösse vorhanden ist, dass später aber Cylinder auftreten und, je nachdem die Menge des eliminirten Quecksilbers wächst, immer zahlreicher werden, was mit anderen Worten sagen will, dass wir im Laufe der Behandlung Cylinder auftreten und sich dann allmälig bis zum Schlusse der Behandlung vermehren sehen.

Ich will hier den Raum nicht mit der Aufzählung einer Menge von Fällen füllen, die ich in dieser Richtung untersucht habe, sondern ich begnüge mich damit, nur folgende an-

zuführen, welche zeigen, wie der Cylindergehalt während der Behandlung wächst.

Erster Ausbruch der Syphilis.

Fall I. B., 26 Jahre alt, wurde am 9./9. in das Krankenhaus aufgenommen. Behandlung mit Sozojodol-Hg-Einspritzungen.

10./9.	1 Einspr.;	kein Alb.;	1,020	spec. Gew.;	keine Cylinder.
15./9.	2 „	„ „	1,025	„ „	keine Cylinder.
20./9.	3 „	„ „	1,023	„ „	einzelne Cylinder.
25./9.	4 „	„ „	1,016	„ „	hie und da Cylinder.
30./9.	5 „	„ „	1,018	„ „	ziemlich viel Cylinder.
6./10.	6 „	„ „	1,019	„ „	viel Cylinder.
11./10.	7 „	„ „	1,018	„ „	sehr viel Cylinder.

Fall II. E., 21 Jahre alt, wurde in das Krankenhaus am 13./9. aufgenommen. Behandlung mit Sozojodol-Hg-Einspritzungen.

19./9.	1 Einspr.;	20./9.	kein Alb.;	?	spec. Gew.;	keine Cylinder.
24./9.	2 „	25./9.	„ „	1,025	„ „	einzelne Cylinder.
29./9.	3 „	29./9.	„ „	1,020	„ „	zieml. viel Cylinder.
4./10.	4 „	5./10.	„ „	1,020	„ „	hie u. da Cylinder.
9./10.	5 „	10./10.	„ „	1,017	„ „	recht viel Cylinder.
14./10.	6 „	15./10.	„ „	1,011	„ „	sehr viel Cylinder.
19./10.	7 „	20./10.	„ „	1,015	„ „	sehr viel Cylinder.

Recidiv (secundäres Stadium).

Fall III. S., 38 Jahre alt, wurde in das Krankenhaus am 5./6. aufgenommen. Behandlung mit Sozojodol-Hg-Einspritzungen.

6./6.	1 Einspr.;	kein Alb.;	1,016	spec. Gew.;	keine Cylinder.
11./6.	2 „	„ „	1,020	„ „	zwei Cylinder.
16./6.	3 „	„ „	1,019	„ „	ziemlich viel Cylinder.
21./6.	4 „	„ „	1,017	„ „	ziemlich viel Cylinder.
26./6.	5 „	„ „	1,020	„ „	viel Cylinder.
1./7.	6 „	„ „	1,017	„ „	viel Cylinder.
6./7.	7 „	„ „	1,022	„ „	Cylinder in bedeut. Menge.

Fall IV. H., 28 Jahre alt, wurde in das Krankenhaus am 11./9. aufgenommen. Behandlung mit Ueberstreichungen von 6 Gr. Ung-Hg.

12./9.	—	kein Alb.;	1,027	spec. Gew.;	keine Cylinder.
17./9.	5 Ueberstr.;	„ „	1,025	„ „	einzelne Cylinder.
22./9.	10 „	„ „	1,028	„ „	einzelne Cylinder.
27./9.	15 „	„ „	1,025	„ „	hie und da Cylinder.
2./10.	20 „	„ „	1,026	„ „	viel Cylinder.
7./10.	25 „	„ „	1,016	„ „	sehr viel Cylinder.
12./10.	30 „	„ „	1,022	„ „	sehr viel Cylinder.

Recidiv (tertiäres Stadium).

Fall V. W., 45 Jahre alt, wurde in das Krankenhaus am 3./5. aufgenommen. Behandlung mit Ueberstreichungen von 6 Gr. Ung-Hg.

5./5.	1 Ueberstr.;	kein Alb.;		keine Cylinder.
15./5.	11 „	„	„	hie und da Cylinder.
20./5.	16 „	„	„	recht viel Cylinder.
25./5.	21 „	„	„	eine Menge Cylinder.
30./5.	26 „	„	„	eine Menge Cylinder.
4./6.	31 „	„	„	Cylinder in bedeutender Menge.
9./6.	35 „	„	„	Cylinder in bedeutender Menge.

In diesen wie in einer Menge anderen Fällen ist der Cylindergehalt sehr gestiegen und bei Schluss der Behandlung bedeutend gewesen; aber auch da, wo dieses nicht der Fall gewesen ist, hat eine stetige Vermehrung der Cylinder, obschon in einem geringeren Grade wie in den angeführten Fällen, stattgefunden. Als Beispiel will ich folgenden Fall anführen:

Fall VI. O., 35 Jahre alt, wurde in das Krankenhaus am 16./9. aufgenommen. Behandlung mit Einspritzungen von Sozojodol-Hg.

17./9.	1 Einspr.;	kein Alb.;		1,024	spec. Gew.;		zwei kleine Cylinder.
22./9.	2 „	„	„	?	„	„	ein kleiner Cylinder.
27./9.	3 „	„	„	1,021	„	„	einzelne Cylinder.
3./10.	4 „	„	„	1,024	„	„	einzelne Cylinder.
8./10.	5 „	„	„	1,020	„	„	hie und da Cylinder.
13./10.	6 „	„	„	1,024	„	„	viel Cylinder.

In noch geringerem Grade vermehrten sich die Cylinder in folgendem Fall:

Fall VII. M., 25 Jahre alt, wurde in das Krankenhans am 11./9. aufgenommen. Behandlung mit Ueberstreichungen von 6 Gr. Ung-Hg.

13./9.	—	kein Alb.;		1,020	spec. Gew.;		keine Cylinder.
18./9.	5 Ueberstr.;	„	„	1,025	„	„	zwei Cylinder.
23./9.	10 „	„	„	1,023	„	„	keine Cylinder.
28./9.	15 „	„	„	1,018	„	„	einen Cylinder.
3./10.	20 „	„	„	1,025	„	„	hie und da Cylinder.
9./10.	26 „	„	„	?	„	„	ziemlich viel Cylinder.

Schliesslich finden sich Fälle, wo der Gehalt an Cylindern so wenig gewachsen ist, dass er sich bei Schluss der Behandlung innerhalb des normalen Gebietes befunden hat, und ebenso gibt es Fälle, wo es während der ganzen Behandlung nicht möglich gewesen ist, einen einzigen Cylinder zu entdecken, z. B. in folgenden beiden Fällen.

Fall VIII. W., 31 Jahre alt, wurde in das Krankenhaus am 15./7. aufgenommen. Behandlung mit Sozojodol-Hg-Einspritzungen.

17./7.	1 Einspr.;	kein Alb.;		?	spec. Gew.;		keine Cylinder.
22./7.	2 „	„	„	?	„	„	keine Cylinder.
27./7.	3 „	„	„	1,010	„	„	keine Cylinder.
1./8.	4 „	„	„	1,015	„	„	„ „
6./8.	5 „	„	„	1,017	„	„	„ „

Fall IX. F., 40 Jahre alt, wurde in das Krankenhaus am 15./8. aufgenommen. Behandlung mit Einreibungen und Ueberstreichungen von je drei Gr. Ung.-Hg.

16./8.	keine Einr. u. Ueberstr.;	kein Alb.;	1,025 spec. Gew.;	keine Cyl.
21./8.	5 „ „ „	„ „	1,027 „ „	„ „
26./8.	10 „ „ „	„ „	1,022 „ „	„ „
31./8.	15 „ „ „	„ „	1,019 „ „	„ „
11./9.	26 „ „ „	„ „	1,015 „ „	„ „
16./9.	31 „ „ „	„ „	1,015 „ „	„ „
21./9.	36 „ „ „	„ „	? „ „	drei Cyl.
25./9.	40 „ „ „	„ „	1,020 „ „	einen Cyl.

2./10. Der Patient hatte mit der Behandlung 6 Tage ausgesetzt, nimmt sie heute aber wieder auf.

2./10.	40 Einr. u. Ueberstr.;	kein Alb.;	1,005 spec. Gew.;	keine Cyl.
7./10.	45 „ „ „	„ „	1,017 „ „	„ „
12./10.	50 „ „ „	„ „	1,017 „ „	„ „

In einem Theil der Fälle hat der Cylindergehalt kein solches regelmässiges Steigen wie in den oben angeführten Fällen I—V gezeigt. Es ist vorgekommen, dass ein Patient bei einer Untersuchung einen etwas geringeren Cylindergehalt als bei der vorhergegangenen gehabt hat, aber wo dieses geschehen ist, ist die Verminderung im Cylindergehalt stets nur eine unbedeutende gewesen; es ist z. B. niemals vorgekommen, dass ein Patient, bei dem das eine Mal eine Menge Cylinder gefunden wurden, das nächste Mal keine oder nur einzelne Cylinder gehabt hat, wohl ist es aber zuweilen geschehen, dass ein Patient, bei dem bei einer Untersuchung Cylinder in grosser Menge gefunden wurden, bei der nächsten Untersuchung eine geringere aber doch reichliche Menge Cylinder gehabt hat. Mitunter kann dieses auf der Concentration des Harns beruht haben; so kann ein Patient an dem einen Tage, wo der Harn von normaler Concentration ist, eine ziemlich grosse Menge Cylinder haben, während er am Tage darauf, wenn er viel Wasser getrunken und sein Harn ein sehr geringes spec. Gewicht besitzt, Cylinder nur hie und da hat. Solche Fälle sind zwar ziemlich selten, doch kommen sie vor. Die allgemeine Regel ist die, dass der Cylindergehalt constant mehr oder weniger steigt, so lange die Behandlung mit Hg dauert.

Wenn man nun berechtigt sein soll zu behaupten, dass die Hg-Ausscheidung in der Regel eine gewisse Reizung auf

die Nieren ausübt, so muss man auch zeigen können, nicht nur dass der Cylindergehalt in der grossen Mehrzahl der Fälle sich vermehrt, sondern auch, dass er sich in dem Grade vermehrt, dass er bei Schluss der Behandlung mehr oder weniger bedeutend grösser ist als bei Beginn derselben und bei gesunden Personen. Folgendes Tableau zeigt, wie gross der Cylindergehalt bei Beginn und bei Schluss der Behandlung bei 100 Personen gewesen ist; es zeigt auch, wie gross der Cylindergehalt bei Schluss der Behandlung bei 42 anderen Personen gewesen ist, die ich nicht bei Beginn der Behandlung, wohl aber bei Schluss derselben und zum grossen Theil auch ein paar Mal während der Behandlung untersucht habe.

Tabelle I.

Cylindergehalt	Beginn der Behandlung					Schluss der Behandlung					Summa
	Keine Cylinder	Einzelne Cylinder	Cylinder hie und da	Viel Cylinder	Cylinder in bedeutender Menge	Keine Cylinder	Einzelne Cylinder	Cylinder hie und da	Viel Cylinder	Cylinder in bedeutender Menge	
	83	16	1	—	—	3	17	30	17	33	100
	—	—	—	—	—	3	10	11	4	14	42
Summa	83	16	1	—	—	6	27	41	21	47	142
Proc.	83	16	1	—	—	4,2	19,0	28,9	14,8	33,1	—

Wir finden also, dass bei 23·2 Procent keine augenscheinliche Vermehrung der Cylinder stattgefunden hat, dass bei 28·9 Procent die Vermehrung der Cylinder nicht unbedeutend und bei 47·9 Procent sehr bedeutend gewesen ist. Dieses stimmt ziemlich gut mit den Ergebnissen meiner vorigen Untersuchungsserien überein, wo bei 30 Procent der Cylindergehalt bei Schluss der Behandlung gering oder minimal war — bei den übrigen 70 Procent zeigte sich aber auch dort eine mehr oder weniger bedeutende Vermehrung des Cylindergehaltes. Alles dieses, so scheint es mir, kann nicht anders gedeutet werden, als dass die Vermehrung des Cylindergehaltes in der Hg-Elimination durch die Nieren ihren Grund hatte, daher ich glaube behaupten zu können, dass es sehr oft, vielleicht in der Regel eintrifft, dass die Hg-Behandlung eine

mehr oder weniger grosse Reizung auf die Nieren aus dem Grunde ausübt, dass ein grosser Theil des während der Behandlung in den Organismus gekommenen Quecksilbers durch sie ausgeschieden wird.

Ist dieses nun wirklich der Fall, so dürften wir erwarten können, dass nach Schluss der Behandlung mit Hg der Cylindergehalt auch abzunehmen beginnt. Aber die Grösse der Hg-Ausscheidung nimmt nicht gleich nach dem letzten Behandlungstage ab; namentlich ist dieses bei der Einspritzung einer grösseren Menge Hg auf einmal, z. B. bei der Einspritzung von Thymol-Hg der Fall. Hier vermehrt sich die Absorption und Elimination noch eine kurze Zeit nach dem letzten Einspritzungstage, um sich dann allmählich zu vermindern. Unter allen Umständen kann man die Ausscheidung von Hg, wenn sie bei Schluss der Behandlung gross ist, auch noch einige Zeit nachher gross finden, worauf sie dann nach und nach ziemlich schnell abnimmt. Da frägt man sich selbstverständlich: Finden sich entsprechende Veränderungen in der Grösse des Cylindergehaltes? Da die meisten Patienten einen oder ein paar Tage nach dem Abschluss der Behandlung mit Hg aus dem Krankenhause entlassen werden, so ist es beinahe ganz unmöglich, in dieser Richtung einige Untersuchungen ausführen zu können. Durch einen Zufall habe ich jedoch Gelegenheit erhalten, in den folgenden zwei Fällen eine vollständige Serien-Untersuchung auch nach Abschluss der Behandlung auszuführen. Diese Fälle scheinen mir so beweisend zu sein, dass ich sie in extenso anführen will.

Fall X. B., 25 Jahre alt, wurde in das Krankenhaus am 21./8. aufgenommen. Behandlung mit Thymol-Hg-Einspritzungen.

25./8.	1 Einspr.;	kein Alb.;	1,020	spec. Gew.;	keine Cylinder.
30./8.	2 „	„ „	1,020	„ „	„ „
4./9.	3 „	„ „	1,020	„ „	„ „
9./9.	4 „	„ „	1,019	„ „	recht viel Cylinder.
14./9.	5 „	„ „	1,017	„ „	viel Cylinder.
19./9.	6 „	„ „	1,019	„ „	„ „
24./9.	7 „	„ „	1,014	„ „	sehr viel Cylinder.
2./10.	— „	„ „	1,019	„ „	„ „ „
7./10.	— „	„ „	1,015	„ „	„ „ „
12./10.	— „	„ „	1,020	„ „	eine bedeut. Menge Cyl.
18./10.	— „	„ „	1,018	„ „	viel Cylinder.

24./10. — Einspr.; kein Alb.; 1,020 spec. Gew.; ziemlich viel Cylinder.
29./10. — „ „ „ 1,021 „ „ hie und da Cylinder.
3./11. — „ „ „ 1,023 „ „ einzelne Cylinder.
8./11. — „ „ „ 1,022 „ „ drei Cylinder.
13./11. — „ „ „ 1,021 „ „ keine Cylinder.
18./11. — „ „ „ 1,023 „ „ „ „

Fall XI. S., 47 Jahre alt, wurde in das Krankenhaus am 8./9. aufgenommen. Behandlung mit Ueberstreichungen von 6 Gr. Ung.-Hg.

8./9. Keine Ueberstr.; kein Alb. Salp.; kein Alb. Trichlor-Essigs.; 1,024 spec. Gew.; ein Cylinder.
13./9. 5 Ueberstr.; kein Alb. Salp.; kein Alb. Trichlor-Essigs.; 1,025 spec. Gew.; fünf Cylinder.
18./9. 10 Ueberstr.; kein Alb. Salp.; kein Alb. Trichlor-Essigs.; 1,023 spec. Gew.; hie und da Cylinder.
23./9. 15 Ueberstr.; kein Alb. Salp.; kein Alb. Trichlor-Essigs.; 1,014 spec. Gew.; viel Cylinder.
28./9. 20 Ueberstr.; kein Alb. Salp.; kein Alb. Trichlor-Essigs.; 1,017 spec. Gew.; viel Cylinder.
3./10. 26 Ueberstr.; kein Alb. Salp.; Spuren von Alb. Trichlor-Essigs.; 1,015 spec. Gew.; eine bedeutende Menge Cylinder.
8./10. 30 Ueberstr.; Spuren von Alb. Salp.; Alb. Trichlor-Essigs.; 1,012 spec. Gew.; eine bedeutende Menge Cylinder.
13./10. — Ueberstr.; Alb. Salp.; Albumin Trichlor-Essigs.; 1,019 spec. Gew.; eine sehr bedeutende Menge Cylinder.
18./10. — Ueberstr.; Spuren von Alb. Salp.; Alb. Trichlor-Essigs.; 1,017 spec. Gew.; eine sehr bedeutende Menge Cylinder.
23./10. — Ueberstr.; kein Alb. Salp.; Albumin Trichlor-Essigs.; 1,013 spec. Gew.; sehr viel Cylinder.
28./10. — Ueberstr.; kein Alb. Salp.; Spuren von Alb. Essigs.; 1,016 spec. Gew.; viel Cylinder.
2./11. — Ueberstr.; kein Alb. Salp.; unbed. Spuren von Alb. Essigs.; 1,016 spec. Gew.; recht viel Cylinder.
7./11. — Ueberstr.; kein Alb. Salp.; unbed. Spuren von Alb. Essigs.; 1,016 spec. Gew.; recht viel Cylinder.
12./11. — Ueberstr.; kein Alb. Salp.; unbed. Spuren von Alb. Essigs.; ? spec. Gew.; ziemlich viel Cylinder.
17./11. — Ueberstr.; kein Alb. Salp.; unbed. Spuren von Alb. Essigs.; 1,020 spec. Gew.; einzelne Cylinder.

In diesen beiden Fällen ist ja die Uebereinstimmung zwischen der Hg-Elimination und dem Cylindergehalt schlagend. Ob sie es immer ist, weiss ich nicht; dass sie es aber im Grossen gewesen ist, habe ich auf Grund von Untersuchungen, die ich zufälligerweise das eine oder das andere Mal bei Patienten eine kürzere oder längere Zeit nach Schluss der Behandlung aus-

führen konnte, alle Ursache anzunehmen. Als Beweis hierfür will ich folgende Tabelle anführen, die das Steigen des Cylindergehaltes während der Behandlung sowie seine Verminderung oder sein Verschwinden kürzere oder längere Zeit nach Schluss derselben zeigt.

Tabelle II.

Behandlungsform	Cylindergehalt bei Beginn der Behandlung	Cylindergehalt bei Schluss der Behandlung	Cylindergehalt nach Schluss der Behandlung	Anzahl Monate
7 Th.-Hg-Einspr.	0	3	1	1
40 Ueberstr.	0	3	2	1
35 "	0	4	1	$1^1/_4$
6 Th.-Hg-Einspr.	0	3	1	$1^1/_4$
7 Soz.-Hg- "	0	2	0	$1^1/_4$
6 " " "	0	3	0	$1^1/_4$
7 Th.-Hg- "	0	2	0	$1^1/_2$
50 Ueberstr.	1	4	0	$1^2/_3$
6 Soz.-Hg-Einspr.	1	4	0	$1^2/_3$
34 Ueberstr.	?	4	1	$2^1/_4$
35 "	0	4	0	$2^1/_3$
31 "	0	3	0	$2^1/_2$
35 "	0	4	0	$2^1/_2$
39 "	0	3	0	$2^1/_2$
30 "	0	4	0	$2^2/_3$
50 "	?	4	0	$2^3/_4$
25 "	0	4	0	$3^1/_4$

Th.-Hg-Einspr. = Einspritzung von essigsaurem Thymol-Quecksilber.

Soz.-Hg-Einspr. = Einspritzung von Sozojodol-Quecksilber.

0 = keine Cylinder.
1 = einzelne Cylinder.
2 = hie und da, ziemlich viel Cylinder.
3 = viel Cylinder.
4 = sehr viel, eine bedeutende Menge Cylinder.

Wenn der Cylindergehalt nach Schluss der Behandlung allmälig abnimmt, so sollten wir ja bei Aufnahme eines Patienten in das Krankenhaus wegen eines Recidivs keine oder kaum einige Cylinder antreffen. Dieses ist auch der Fall, was aus folgender Tabelle hervorgeht, in der die Fälle angeführt sind, in denen es constatirt werden konnte, wann der Patient das letzte Mal Symptome gehabt hatte und mit Hg behandelt worden war.

Tabelle III.

Anzahl Jahre und Monate seit der letzten Behandlung mit Hg	Cylindergehalt									
	bei der Aufnahme in das Krankenhaus					bei Schluss der Behandlung mit Hg				
	Keine Cylinder	Einzelne Cylinder	Hie und da Cylinder	Viel Cylinder	Eine bedeut. Menge Cylinder	Keine Cylinder	Einzelne Cylinder	Hie und da Cylinder	Viel Cylinder	Eine bedeut. Menge Cylinder
Ueber 1 Jahr	8	1	—	—	—	—	—	2	2	5
½—1 Jahre	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2
3—6 Monate	4	—	—	—	—	—	—	3	—	1
2—3 „	6	—	—	—	—	—	1	—	1	4
1—2 „	9	—	—	—	—	—	2	2	2	3

Wir sehen, dass 29 von 30 Patienten bei ihrer Wiederaufnahme in das Krankenhaus keine Cylinder hatten. Dass diese Patienten gleichwohl für die Hg-Elimination sehr empfindlich waren, zeigt die grosse Anzahl derselben (50 Proc.), die bei Schluss der Behandlung mit Hg. eine bedeutende Menge Cylinder bekommen hatten. Mit grösster Wahrscheinlichkeit können wir annehmen,das ssie auch bei Schluss ihrer vorigen Behandlung einen — je nach der Stärke der Behandlung — grösseren oder kleineren Cylindergehalt gehabt haben.

Wie lange es währt, bis der Cylindergehalt verschwunden ist, beruht sehr wahrscheinlich auf der grösseren oder geringeren Menge Cylinder, die sich bei Schluss der Behandlung finden, sowie auf der grösseren oder geringeren Menge Hg, das bei der Behandlung angewendet worden ist. Alles scheint mir dafür zu sprechen, dass der Cylindergehalt viel schneller verschwindet, als die Hg-Elimination. Diese, das wissen wir ja, fährt noch ziemlich lange fort, obschon sie einige Wochen nach Abschluss der Behandlung nur in sehr kleinen Mengen geschieht, so klein, dass sie nicht länger eine Reizung auf die Nieren ausüben können.

In der Regel ist der Cylindergehalt nach 4—6 Wochen nach Schluss der Behandlung verschwunden, doch beobachte ich gegenwärtig einen Fall, wo noch eine bedeutende Cylindrurie 10 Wochen nach beendigter Behandlung vorhanden ist.

Wenn nun die Cylindrurie auf der Quecksilberelimination und nicht auf der Syphilis an und für sich beruht, so liesse es sich ja erwarten, dass der Cylindergehalt in directer Proportion zur Quecksilberelimination, aber in indirecter zu den auftretenden syphilitischen Symptomen stehen dürfte, d. h. dass bei Schluss der Behandlung, wenn die syphilitischen Symptome verschwunden sind und die Hg-Elimination gross ist, der Cylindergehalt sich als gross erweisen dürfte; wenn dagegen ein höchst bedeutender Theil des Hg eliminirt worden ist und ein Recidiv, neue syphilitische Symptome aufzutreten beginnen, dürfte sich ein minimaler oder gar kein Cylindergehalt finden. Dass es sich so verhält, dafür sprechen ja die obigen Tabellen II—III. In einzelnen Fällen ist dieses übrigens allzu augenscheinlich gewesen, um unrichtig aufgefasst werden zu können. Von solchen Fällen will ich hier nur den folgenden anführen:

Fall XII. S., 36 Jahre alt, wurde mit Ueberstreichungen wegen Rupia syphilitica behandelt.

13./4. 40 Ueberstr.; kein Alb.; eine höchst bed. Menge Cyl.; geheilt.
23./4. 50 „ „ „ eine kolossale Menge Cylinder. Symptomfrei aus dem Krankenhause entlassen.

13./7. wurde der Patient von Neuem wegen pustulösem Syphilid mit grossen Geschwüren in das Krankenhaus aufgenommen. Behandlung mit Ueberstreichungen.

13./7.	keine Ueberstr.;	kein Alb.;	1,020 spec. Gew.;	keine Cylinder.
18./7.	5 „	„ „	1,025 „ „	zwei Cylinder.
23./7.	10 „	„ „	1,025 „ „	einzelne Cylinder.
28./7.	15 „	„ „	1,025 „ „	hie und da Cylinder.
2./8.	20 „	„ „	1,020 „ „	zieml. viel Cylinder.
7./8.	25 „	„ „	1,024 „ „	viel Cylinder.
12./8.	30 „	„ „	1,020 „ „	sehr viel Cylinder.
17./8.	35 „	„ „	1,021 „ „	„ „ „
22./8.	40 „	„ „	1,020 „ „	„ „ „ geheilt
27./8.	45 „	Spuren v. Alb.;	1,015 „ „	„ „ „
1./9.	50 „	„ „	1,020 „ „	„ „ „
6./9.	— „	„ „	1,021 „ „	„ „ „

wurde frei von Symptomen aus dem Krankenhause entlassen.

18./10. wurde er für Rupia syphilitica wieder in das Krankenhaus aufgenommen. Behandlung mit Jodkalium.

19./10.	keine Ueberstr.;	kein Alb.;	1,017 spec. Gew.;	ein Cylinder.
23./10.	„ „	„ „	1,024 „ „	vier Cylinder.

Den 24./10. Ueberstreichungen mit Ung. Hg.

29./10.	5 Ueberstr.;	kein Alb.;	1,022 spec. Gew.;	hie und da Cylinder.	
3./11.	10 „	„ „	1,024 „ „	„ „ „ „	
8./11.	15 „	„ „	1,029 „ „	ziemlich viel Cylinder.	
13./11.	20 „	„ „	1,012 „ „	sehr viel Cylinder.	
18./11.	25 „	Spuren v. Alb.;	1,017 „ „	„ „ „	geheilt.
23./11.	30 „	„ „	? „ „	bedeut. Menge Cylinder, einige mit Zellen.	
28./11.	35 „	„ „	1,020 „ „	bedeut. Menge Cylinder, einige mit Zellen.	
3./12.	40 „	„ „	1,016 „ „	bedeut. Menge Cylinder, einige mit Zellen.	
9./12.	45 „	„ „	1,013 „ „	bedeut. Menge Cylinder, einige mit Zellen.	
14./12.	50 „	„ „	1,019 „ „	bedeut. Menge Cylinder, einige mit Zellen.	

Auf Grund des Angeführten halte ich mich für berechtigt die Ansicht auszusprechen, dass in der Mehrzahl der Fälle die Hg-Elimination während und nach der Behandlung mit Hg eine grössere oder geringere Reizung auf die Nieren ausübt, die sich durch das Auftreten einer mehr oder weniger bedeutenden Cylindrurie zu erkennen gibt.

Suchen wir nun zu ermitteln, welche Momente zum Auftreten einer solchen mehr oder weniger bedeutenden Cylindrurie beitragen können, so lassen sich ein ganzer Theil denken und auch finden.

Wahrscheinlich ist es, dass eine mehr oder weniger gute Körperconstitution auf das Auftreten der Cylindrurie von Einfluss ist, doch habe ich mehr als ein Mal eine bedeutende Cylindrurie bei Personen mit einer besonders kräftigen Körperconstitution gefunden, während ich schwächliche Personen gesehen habe, die eine Behandlung mit einer bedeutenden Menge Hg vertrugen, ohne dass kaum ein einziger Cylinder zu entdecken war.

Unabhängig von der Körperconstitution scheint das Alter des Patienten auf das Auftreten der Cylindrurie einen nicht so unbedeutenden Einfluss auszuüben, wenigstens scheint die folgende Tabelle dieses anzugeben.

Tabelle VI.

Alter der Untersuchten	Cylindergehalt bei Schluss der Behandlung						
	Keine Cylinder	Einzelne Cylinder	Hie und da Cylinder	Viel Cylinder	Bedeutende Menge von Cylindern	Summa	Proc. mit einer bedeut. Menge von Cylindern
Unter 20 Jahren	1	2	2	2	1	8	12,5
Von 20—29 Jahren	2	18	28	15	24	87	27,6
„ 30—39 „	2	6	8	3	8	27	29,6
„ 40—49 „	1	1	2	1	9	14	64,3
Von 50 J. u. darüber	—	—	1	—	5	6	83,3
Summa	6	27	41	21	47	142	33,1

Wir sehen, wie das Procent von denen, die bei Schluss der Behandlung eine Menge Cylinder hatten, rasch mit jeder Altersclasse steigt. Der Unterschied zwischen dem Procent der Patienten unter 40 Jahren, die eine Menge Cylinder gehabt haben — 27 Procent — und dem Procent der Patienten über 40 Jahre, bei denen sich ein solcher Cylindergehalt gefunden hat — 70 Procent — ist allzu sehr in die Augen fallend.

Einen ziemlich augenscheinlichen Einfluss auf das Auftreten der Cylindrurie scheinen auch die mehr oder weniger schweren Symptome auszuüben, wegen denen diese Patienten behandelt worden sind. Ich will hier nicht alle ihre Symptome besonders angeben, sondern ich führe sie in drei Gruppen zusammen: erster Ausbruch, Recidiv (secundäres Stadium) und Recidiv (tertiäres Stadium). Der Cylindergehalt bei Schluss der Behandlung bei den zu diesen drei resp. Gruppen gehörenden Patienten ergibt sich aus der folgenden Tabelle.

Tabelle V.

Stadium der Syphilis	Cylindergehalt bei Schluss der Behandlung						
	Keine Cylinder	Einzelne Cylinder	Hie und da Cylinder	Viel Cylinder	Bedeutende Menge Cylinder	Summa	Proc. mit einer bedeut. Menge von Cylindern
Erster Ausbruch	2	12	19	6	9	48	18,7
Recidiv (secund. Stad.)	3	13	18	13	19	66	28,8
Recidiv (tertiär. Stad.)	1	—	4	2	18	25	72,0
Summa	6	25	41	21	46	139	33,1

Diese verschiedenen Stadien zeigen bezüglich der Procentzahl, die eine bedeutende Cylindrurie angibt, einen höchst bemerkenswerthen Unterschied. Es will scheinen, als ob die Hg-Elimination durch die Nieren leichter eine Reizung in den Nieren bei einer Person mit tertiären Symptomen, als bei einer solchen mit frischer Syphilis hervorrufen könnte. Es würde sich ja denken lassen, dass dieses seinen Grund zum Theil darin haben könnte, dass die tertiäre Syphilis öfter bei älteren Personen vorkommt und dass also das Alter des Patienten hierbei ein mitwirkendes Moment gewesen ist; dass aber das tertiäre Stadium an und für sich, unabhängig von dem Alter, für die Hg-Cylindrurie predisponirt, erscheint jedoch auf Grund der folgenden beiden Tabellen als ziemlich annehmbar.

Tabelle VI.

Patienten in einem Alter von mehr als 40 Jahren, behandelt wegen	Cylindergehalt					
	Keine Cylinder	Einzelne Cylinder	Hie und da Cylinder	Viel Cylinder	Bedeutende Menge Cylinder	Proc. mit einer bedeut. Menge von Cylindern
dem ersten Ausbruch	—	1	2	—	3	} 43,0
Recidiv (secund. Stad.)	—	—	1	—	—	
Recidiv (tertiär. Stad.)	1	—	—	1	10	83,3

Tabelle VII.

Alter der Patienten dem tertiären Stadium angehörend	Cylindergehalt					
	Keine Cylinder	Einzelne Cylinder	Hie und da Cylinder	Viel Cylinder	Bedeutende Menge Cylinder	Proc. mit einer bedeut. Menge von Cylindern
Unter 20 Jahren	—	—	—	—	—	—
20—29 Jahre	—	—	1	—	5	61,5
30—39 „	—	—	3	1	3	
40—49 „	1	—	—	1	9	83,3
50 Jahre und darüber	—	—	—	—	1	
Summa	1	—	4	2	18	—

Aus Tabelle VI ersehen wir, dass von 13 Personen in einem Alter von mehr als 40 Jahren, die eine bedeutende Menge Cylinder gehabt haben, 10 dem tertiären Stadium angehörten, und finden, dass 43·0 Proc. von denjenigen, die nicht dem tertiären Stadium angehörten, eine bedeutende Cylindrurie bekommen haben, während dieser Cylindergehalt bei 83·3 Proc. von denjenigen vorgekommen ist, die diesem Stadium angehörten. Aus Tabelle VII geht hervor, dass von 25 Personen, die dem tertiären Stadium angehörten, bei 18, beinahe ganz unabhängig vom Alter, eine bedeutende Menge Cylinder aufgetreten sind.

Einigen Einfluss scheint das Alter aber auch hier ausgeübt zu haben, indem von den Patienten, die ein Alter von weniger als 40 Jahren hatten, nur 61·5 Proc. eine bedeutende Menge Cylinder, von denjenigen dagegen, die über 40 Jahre alt waren, 83·3 Proc. eine bedeutende Cylindrurie bekommen haben.

Als eine Erklärung dafür, dass so viele von den Patienten, die dem tertiären Stadium angehörten, eine grosse Menge Cylinder bekommen haben, könnte man sich denken, dass die Hg-Behandlung bei diesen Patienten, welche ernste Symptome gehabt haben, in der Regel kräftiger als bei der Mehrzahl der anderen Syphilitici gewesen ist und dass daher auch die Hg-

Elimination sich bei ihnen grösser als bei jenen gestaltet hat. Es dürfte auf Grund dessen hier am Platze sein zu untersuchen, inwiefern eine solche Annahme Berechtigung habe, in welchem Masse eine kräftige Behandlung mit Hg und in welchem Masse die verschiedene Form der Einführung desselben in den Organismus für das Auftreten der Cylindrurie von Bedeutung sein könnte, und dies um so mehr, da Schwimmer in seinem Aufsatz hat andeuten wollen, dass die Thymolquecksilbereinspritzungen, die ich mitunter gegeben habe, leichter zu einer Reizung in den Nieren Anlass geben können, als z. B. die Einspritzungen von Sozojodolquecksilber, die er anwendet. In dem soeben erwähnten Aufsatz sagt Schwimmer nämlich: „Es erscheint vielleicht nicht unwesentlich, über die Hg-Präparate sich zu orientiren, da einzelne Beobachter eben dem Gebrauche dieses Medicamentes einen nachtheiligen Einfluss auf die Nierenthätigkeit zuschreiben, Andere wieder (und meine Erfahrungen sprechen auch dafür) einen günstigen. — Welander hat nach seiner mit Thymolquecksilber durchgemachten subcutanen Injectionstherapie die Steigerung der Albuminausscheidung erfahren, während man sonst diesem Medicamente keine nachtheiligen Wirkungen zuzuschreiben vermag und auch meine mit demselben gewonnenen Erfahrungen keine ungünstigen sind. Vielleicht mag die 3—4Mal wöchentlich von diesem Autor ausgeführte Injection zu irritirend auf den Organismus gewirkt haben.“

Da Schwimmer meinen Aufsatz: „Ueber Albuminurie und Cylindrurie durch Syphilis und Quecksilber“ anführt,[1]) so verwundert es mich auf's Höchste, dass er auf Grund desselben behaupten kann, dass ich Thymolquecksilberinjectionen 3—4Mal wöchentlich gebe. Wie aus meinem Aufsatze hervorgeht, gebe ich solche Injectionen höchstens jeden vierten Tag, also nicht öfter, als andere, die dieses Mittel anwenden, zu thun pflegen. In meinem Aufsatze findet sich nicht ein Wort, das Schwimmer zu seiner Behauptung berechtigt.

Wir wollen indessen nachsehen, welchen Einfluss die verschiedenen Formen der Einführung des Hg in den Organismus auf das Auftreten der Cylindrurie ausüben können.

---

[1]) Obschon sowohl der Titel wie die Jahreszahl unrichtig angegeben ist.

Wenn es die Hg-Ausscheidung ist, die Anlass zum Auftreten der Cylindrurie gibt, und wenn — was wir allen Grund haben anzunehmen — das Quecksilber, unter welcher Form es auch eingegeben, auf welchen Wegen es auch in den Organismus gebracht werden mag, stets in derselben Form durch die Nieren eliminirt wird, so dürfte ja an und für sich die Form, unter der es in den Organismus gelangt, keine directe Bedeutung für die Reizung haben, die bei seiner Elimination in den Nieren erzeugt werden kann; indirect dagegen dürfte die Form, unter der das Quecksilber in den Organismus eingeführt wird, ihre Bedeutung haben können, indem bei Anwendung der einen Hg nicht nur in grosser Menge, sondern auch schnell absorbirt, resp. eliminirt wird, während bei Anwendung einer anderen die Menge des absorbirten, resp. eliminirten Quecksilbers wieder ganz unbedeutend sein und auch verbleiben kann. In dem einen Falle wird also eine grosse, in dem andern eine kleine Menge Quecksilber eliminirt, und da eine grosse Hg-Elimination eine bedeutendere Cylindrurie als eine kleine verursachen dürfte, so würde man in dem ersteren Falle in der Regel einen grösseren Cylindergehalt als in dem letzteren zu erwarten haben.

Die Frage gestaltet sich dann so: Wie kräftig und schnell wird das Hg bei Anwendung der verschiedenen Formen der Hg-Behandlung absorbirt, resp. eliminirt? (Ich nehme hier natürlicherweise nur die Hg-Präparate auf, die ich bei diesen Untersuchungen angewendet habe.)

Bei Anwendung interner Behandlung mit Hg-Pillen sind die Stärke und die Schnelligkeit der Absorption ziemlich verschieden und auch ziemlich unsicher; es gibt ja so viele Momente, die darauf einwirken können, wie z. B. die mehr oder weniger gute Beschaffenheit des Magen- und Darmcanales, die Beschaffenheit der Pillen (sind sie etwas alt und hart, was sie leicht werden, wenn man sie in einer Pappschachtel aufbewahrt, so wird von ihnen beinahe nichts absorbirt) u. s. w. Bei einer solchen inneren Behandlung ist die Hg-Elimination in der Regel nicht bedeutend, daher wir auch bei Anwendung dieser Behandlungsform keinen bedeutenden Cylindergehalt zu erwarten haben.

Wenn Hg-Salbe in so grosser Menge auf die Hand gestrichen wird, dass die überstrichene Hautpartie mit einer dünnen Schicht bedeckt ist, so wird Hg in grösserer Menge absorbirt, als wenn man dieselbe Hautpartie mit Hg-Salbe einreibt, vorausgesetzt, dass man dann nicht die Salbe, die man nicht einreiben kann, auf der Haut ausgestrichen liegen lässt. Wenn man Salbe einreibt und die eingeriebene Partie mit noch mehr Salbe überstreicht, findet eine bedeutende Absorption statt. Bei Anwendung dieser Behandlungsform sowohl wie blosser Ueberstreichungen tritt nach 25—30 Tagen stets eine bedeutende Absorption resp. Elimination von Hg ein. Wenden wir eine solche Behandlung an, so haben wir daher bei Schluss derselben einen bedeutenden Cylindergehalt zu erwarten.

Bei Einspritzung von Thymol-Hg und auch von Sozojodol-Hg tritt eine kräftige Absorption ein, und nach 6—7 solchen Einspritzungen ist die Hg-Elimination stets sehr bedeutend, daher wir auch bei Anwendung dieser Behandlungsformen einen grossen Cylindergehalt zu erwarten haben.

Bei Ueberstreichungen habe ich stets 6 Gr. Ung.-Hydr. (1 Hg + 2 Fett) angewandt. Bei Einreibung und Ueberstreichung sind 3 Gr. Ung.-Hydr. eingerieben und 3 Gr. aufgestrichen worden. Bei Injection von Thymolquecksilber sind 1 Gr. (1 Theil essigsaures Thymolquecksilber auf 10 Theile Parafinum liquidum) eingespritzt worden. Bei Injection von Sozojodolquecksilber ist 1 Gr. (0·8 Gr. Sozojodolquecksilber und 1·6 Gr. Jodkalium auf 10 Theile Wasser) eingespritzt worden.

Da die innere Behandlung sich an Kraft nicht mit der Ueberstreichung und Einspritzung von Hg messen kann und da die Patienten, die sich in das Krankenhaus aufnehmen lassen, in der Regel einer kräftigen Behandlung bedürftig sind, so wende ich dort nur selten die Behandlung mit Pillen an, und ich habe daher auch nur einige wenige Mal Gelegenheit gehabt, den Cylindergehalt bei Personen zu untersuchen, die mit Pillen behandelt worden sind. Die folgende Tabelle zeigt, welchen Einfluss die Form der Behandlung auf das Auftreten von Cylindrurie gehabt hat.

Tabelle VIII.

Form der Behandlung	Cylindergehalt					
	Keine Cylinder	Einzelne Cylinder	Hie und da Cylinder	Viel Cylinder	Bedeutende Menge Cylinder	Proc. mit einer bedeut. Menge von Cylindern
Pilula Hydr.	2	1	2	—	—	—
Einreib. mit Ung.-Hg	—	—	2	—	1	—
Ueberstr. mit Ung.-Hg	1	12	14	6	28	45,9
Einreibung u. Ueberstreich. mit Ung.-Hg.	1	1	1	3	2	25,0
Injection von Sublim.	—	1	—	—	—	—
Inj. von Thymol-Hg	1	9	9	4	8	25,8
Inject. v. Sozojodol-Hg	1	3	13	8	8	24,2
Summa	6	27	41	21	47	—

Wir sehen, was ja zu erwarten war, dass nach der Behandlung mit Pillen nur eine unbedeutende Cylindrurie aufgetreten ist. Wir sehen ferner, dass eine bedeutende Menge Cylinder bei ungefähr 25 Proc. nach Einreibung zusammen mit Ueberstreichung und nach der Injection sowohl von Thymol-Hg wie Sozojodol-Hg aufgetreten ist und dass dieselbe Menge Cylinder sich bei 45·9 Proc. nach blosser Ueberstreichung von Hg-Salbe gezeigt hat. Zwar ist die Absorption resp. Elimination von Hg nach blosser Ueberstreichung sehr bedeutend, doch darf man aus obiger Tabelle nicht den Schluss ziehen, dass die Absorption und Elimination bei Anwendung dieser Behandlungsform so gross sind, dass dadurch eine grössere Reizung, als bei Anwendung einer anderen Behandlungsform auf die Nieren ausgeübt wird. Die Ursache des grossen Procents bedeutender Cylindrurie bei Anwendung dieser Behandlungsform ist ganz sicher die, dass die Ueberstreichungen in der Regel in den schwersten Fällen, namentlich aber in einem grossen Theil der Fälle von tertiärer Syphilis angewendet werden, welches Stadium der Krankheit ja an und für sich selbst für Hg-Cylindrurie zu prädisponiren scheint. Ausserdem sind in diesen wie auch in

den übrigen schwereren Fällen eine viel grössere Anzahl Ueberstreichungen als in den gelinderen Fällen gegeben worden. Selbstverständlich hat die Anzahl der Ueberstreichungen einen höchst bedeutenden Einfluss auf die Grösse der Hg-Absorption resp. Elimination, und sie dürfte also denselben Einfluss auch auf den Cylindergehalt haben. Dass dieses auch der Fall ist, geht daraus hervor, dass eine bedeutende Menge Cylinder bei 57 Proc. der Patienten aufgetreten sind, die mehr als 30 Ueberstreichungen erhalten haben, während dieselbe Menge Cylinder sich nur bei 16·6 Proc. von denjenigen gezeigt haben, denen weniger als 30 Ueberstreichungen gegeben worden sind.

Wären nun diese schwersten Fälle z. B. mit Sozojodol-Hg oder mit Thymol-Hg behandelt worden, in welchem Falle eine grosse Anzahl Injectionen hätte gemacht werden müssen, so würden wir ganz sicher auch bei diesen kräftigen Formen der Hg-Behandlung ein viel grösseres Procent mit einer bedeutenden Menge Cylinder gehabt haben, als nun der Fall ist.

Wir sehen nämlich, dass auch das Sozojodolquecksilber, das nach Schwimmer keine Reizung auf die Nieren ausüben soll, in 24·2 Proc. Anlass zum Auftreten einer bedeutenden Menge Cylinder und in gleich grossem Procent zu einer nicht unbedeutenden Cylindrurie gegeben hat. Dass auch hier die Anzahl der Einspritzungen und die Dauer der Behandlung Einfluss auf den Cylindergehalt ausüben, dürfte deutlich aus folgender Tabelle hervorgehen:

Tabelle IX.

Anzahl Einspritzungen von Sozojodol-Quecksilber	Cylindergehalt					
	Keine Cylinder	Einzelne Cylinder	Hie und da Cylinder	Viel Cylinder	Bedeutende Menge Cylinder	Proc. mit einer bedeut. Menge von Cylindern
7 Einspritzungen	—	—	5	3	5	38,5
6 „	—	1	2	3	3	33,3
5 „	1	2	6	2	—	0,0

Wir finden nach 5 Einspritzungen bei 0 Proc., nach 6 Einspritzungen bei 33·3 Proc. und nach 7 Einspritzungen bei 38·5 Proc. eine bedeutende Menge Cylinder.

Die Form, unter welcher das Quecksilber in den Organismus eingeführt wird, hat an und für sich selbst ganz sicher nur eine sehr geringe Bedeutung; von Gewicht ist die Form nur insofern, als bei Anwendung der einen Hg in grösserer Menge als bei Anwendung der anderen absorbirt, resp. eliminirt wird. Die hauptsächlichste Bedeutung hat die Menge absorbirtes, resp. eliminirtes Hg; bei Anwendung derselben Behandlungsform ist es die Dauer der Behandlung, die in dieser Hinsicht Bedeutung hat.

Wir haben zwar gesehen, dass die Cylindrurie in der Regel ziemlich bald verschwindet und dass die Reizung, welche die Hg-Elimination verursacht, übergehend ist, aber kann sie die Widerstandskraft der Nieren nicht insofern verringern, dass bei einer folgenden Behandlung eine Cylindrurie leichter entsteht? Ich habe in der folgenden Tabelle X den Cylindergehalt bei Patienten zusammengestellt, die ein, zwei, drei oder mehrere Mal behandelt worden sind.

Tabelle X.

Mit Hg behandelt	Cylindergehalt					
	Keine Cylinder	Einzelne Cylinder	Hie und da Cylinder	Viel Cylinder	Bedeutende Menge Cylinder	Proc. mit einer bedeut. Menge von Cylindern
das erste Mal	3	18	26	11	19	27,7
„ zweite „	2	6	7	6	9	30,0
„ dritte „	—	3	2	—	5	50,0
mehr als drei Mal	1	—	6	4	14	56,0
Summa	6	27	41	21	47	—

Wir finden, dass das Procent der Patienten, die eine Menge Cylinder im Harn gehabt haben, mit der Anzahl der

von ihnen durchgemachten Hg-Behandlungen wächst, was ja dafür sprechen würde, dass eine frühere Hg-Behandlung für das Auftreten einer bedeutenden Cylindrurie bei einer späteren prädisponirt. Aber hierbei ist nicht ausser Acht zu lassen, dass die meisten der Patienten, bei denen bei der dritten oder einer späteren Hg-Behandlung eine bedeutende Menge Cylinder im Harn aufgetreten sind, sich im tertiären Stadium befunden haben und dass ihre Behandlung deshalb kräftig und langdauernd gewesen ist, daher diese Tabelle keinen Beweis für die Richtigkeit eines Schlusses in der von mir hier oben angedeuteten Richtung geben kann. Hierzu will ich noch fügen, dass ich mehr als einmal bei Patienten ein wenig mehr Cylinder bei Schluss ihrer ersten als bei Schluss ihrer zweiten Hg-Behandlung gesehen habe, trotzdem diese ganz ebenso stark wie die erste sein konnte. Die Regel ist jedoch die, dass ceteris paribus bei einer folgenden Hg-Behandlung Cylindrurie in keinem geringeren Grade als bei der vorhergegangenen auftritt.

Man hat gesagt, dass die Einnahme von Jodkalium die Quecksilberelimination vermehre. Sollte dieses der Fall sein, so müsste man ja bei Einnahme von Jodkalium während oder gleich nach einer Hg-Behandlung eine Vermehrung des Cylindergehaltes erwarten können. Nun habe ich keine vermehrte Elimination von Hg bei Einnahme von Jodkalium zu constatiren vermocht. (Die von mir angewendete Untersuchungsmethode ist, wie Schillberg gezeigt hat, für die Hg-Untersuchung nicht ganz zweckmässig, sobald sich auch Jodkalium findet.) In einem Theil Fälle, wo Jodkalium und Hg gleichzeitig mit der Hg-Behandlung oder nach Abschluss derselben gegeben worden sind, habe ich indessen keine Vermehrung der Cylindrurie als Folge davon constatiren können.

Wir haben nun mehrere Momente betrachtet, die für das Auftreten einer grösseren oder geringeren Menge Cylinder ohne Zweifel Bedeutung haben können, doch gibt es aber auch Fälle, für welche eine derartige Erklärung durchaus nicht anwendbar ist. So kann es zuweilen geschehen, dass ein junger und kräftiger Patient, der wegen gelinden Symptomen zum ersten Mal behandelt wird, schon nach 10—15 Tagen eine bedeutende Cylindrurie haben kann, während ein anderer, älterer Patient im

tertiären Stadium, der mehrere Hg-Behandlungen durchgemacht hat, z. B. bei einer so lange dauernden und kräftigen Hg-Behandlung wie 40 Ueberstreichungen nicht einen einzigen Cylinder in seinen Harn bekommt. Derartige Fälle können wir in keiner anderen Weise als durch die Annahme erklären, dass es für die Quecksilbercylindrurie, gleichwie für die Quecksilberstomatitis, eine verschiedene individuelle Disposition gibt. Im Grossen und Ganzen findet man auch, dass das Auftreten einer mehr oder weniger bedeutenden Cylindrurie hauptsächlich in individueller Disposition seinen Grund hat, obschon die von mir angegebenen Momente dazu beitragen können.

In meinem vorigen Aufsatz habe ich die Frage berührt, inwiefern die individuelle Disposition für die Cylindrurie mit derjenigen für die Stomatitis zusammenfällt, und sie dahin beantwortet, dass man wohl bei einem Patienten mit schwerer Stomatitis nicht selten auch eine recht bedeutende Cylindrurie finden kann, dass dieses aber bei weitem nicht immer der Fall ist; man findet Personen mit bedeutender Stomatitis ohne Cylindrurie, gleichwie man Personen mit bedeutender Cylindrurie findet, bei denen das Zahnfleisch völlig gesund ist. Meine letzten Untersuchungen haben die Richtigkeit dieser meiner Ansicht vollständig bestätigt. So bekam z. B. A. nach 11 Ueberstreichungen eine höchst bedeutende Stomatitis, ohne dass sich in ihrem Harn ein einziger Cylinder entdecken liess. Ganz entgegengesetzt war das Verhältniss bei J., wo sich nach 30 Ueberstreichungen im Harn Spuren von Albumin mit einer bedeutenden Menge Cylinder fanden, das Zahnfleisch aber völlig gesund war. Eine bedeutende Cylindrurie sieht man nicht so selten mit lockerem Zahnfleisch vereinigt; auf der anderen Seite kann man aber absolut gesundes Zahnfleisch und den Harn völlig frei von Cylindern finden, ungeachtet eine äusserst kräftige Behandlung angewendet worden ist; dieses traf z. B. in Fall IX ein. Man würde hier anmerken können, dass das gesunde Zahnfleisch — wie Finger hervorhebt — anzeigt, dass die Behandlung nicht richtig ausgeführt worden ist, und dass man hierin die Ursache zu sehen hat, dass z. B. in dem genannten Falle weder eine Andeutung von einer Stomatitis, noch von einer Cylindrurie zu finden gewesen ist; eine bei Schluss der

Behandlung ausgeführte Untersuchung des Harns auf Quecksilber hat hier aber eine bedeutende Menge Hg ergeben. Dieser und eine Menge andere derartige Fälle geben mir das Recht, fortfahrend an der Ansicht festzuhalten, die ich in meinem vorigen Aufsatze ausgesprochen habe. Da es seine praktische Bedeutung hat, will ich diese Ansicht hier anführen: „Der Urin ohne Eiweiss und ohne Cylinder berechtigt ebensowenig wie völlig gesundes Zahnfleisch zu dem Schlusse, dass nur eine unbedeutende Menge Hg absorbirt worden ist; die Kenntniss von der Grösse der absorbirten Hg-Menge wird nur durch Untersuchung des Urins oder der Foeces auf Hg erhalten."

Man würde ja anmerken können, dass die Hg-Elimination diese Wirkung zwar auf Patienten ausübt, die an Syphilis leiden, aber eine ganz andere Wirkung auf Patienten hat, die diese Krankheit nicht haben. Um nun diese Frage zu beantworten, kam ich mit zwei Personen, die nie an Syphilis gelitten hatten, überein, ihnen Hg-Behandlung zu geben, der einen Einspritzungen von Thymol-Hg, der anderen Ueberstreichungen mit Ung.-Hg. Die erstere bekam nach den Einspritzungen so bedeutende Infiltrate, dass ich mich genöthigt sah, mit ihnen aufzuhören und anstatt ihrer Ueberstreichungen zu geben; nach 2 Einspritzungen und 6 Ueberstreichungen stellte sich eine so intensive Stomatitis ein, dass ich die Hg-Behandlung nicht länger fortsetzen konnte; bei Beginn der Behandlung enthielt der Harn keine Cylinder und bei Schluss derselben nur einzelne (also eine bedeutende individuelle Disposition für mercurielle Stomatitis, aber nicht für mercurielle Cylindrurie). Bei der anderen Person zeigten sich nach 30 Ueberstreichungen Cylinder nur hie und da. Es trat also in beiden Fällen nur eine ganz unbedeutende Cylindrurie ein. Die Fälle sind zu wenige, um in irgend einer Weise zu dem Schlusse zu berechtigen, dass Cylindrurie nicht bei Personen auftritt, die nie Syphilis gehabt haben. Das Gegentheil scheint aus einem andern von mir beobachteten Fall hervorzugehen, wo das Hg eine höchst bedeutende Cylindrurie und auch Albuminurie hervorrief. In diesem Falle hatte der Patient auf Grund verdächtiger syphilitischer Symptome eine Hg-Behandlung durchgemacht, der Verlauf der Krankheit liess es aber als höchst wahrscheinlich erscheinen,

dass er keine Syphilis hatte. Was die Albuminurie anbelangt, so will ich später zwei Fälle anführen, wo Albuminurie bei nicht syphilitischen Personen nach Anwendung von Quecksilber aufgetreten ist. Dieses spricht ja bestimmt dafür, dass das Quecksilber — gleichviel ob Syphilis vorliegt oder nicht — eine Reizung in den Nieren verursachen kann.

Kann nun eine Behandlung mit Quecksilber auch zum Entstehen von Albuminurie Anlass geben? Wenn dieses der Fall ist, findet sich dann etwas Eigenthümliches im Auftreten dieser Albuminurie? Findet sich ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Hg-Cylindrurie und der Hg-Albuminurie?

Gleichwie bei der Hg-Cylindrurie müssen wir auch bei der Hg-Albuminurie die Bedingung aufstellen, dass sie im Laufe der Behandlung auftritt,[1]) und dass sie nicht nur bis zum Schluss derselben dauert, sondern wenigstens noch einige Zeit darüber hinaus anhält, ehe man das Recht hat zu behaupten, dass sie durch die Elimination des Quecksilbers durch die Nieren hervorgerufen worden ist. Die Erfüllung der beiden ersten Forderungen ist leicht zu constatiren gewesen; schwerer hat dieses dagegen, aus ganz demselben Grunde wie bei der Cylindrurie, bei der letzten gehalten, indem nämlich die Patienten in der Regel gleich nach Schluss der Behandlung das Krankenhaus verlassen haben; aber wenn ich auch nicht in der Lage gewesen bin, die Patienten nach Schluss der Behandlung ununterbrochen zu beobachten, so hat mir doch in mehr als einem Fall die Erfahrung gezeigt, dass einige Zeit nach Schluss der Behandlung, wo die Hg-Elimination also bedeutend vermindert war, die Albuminurie verschwunden gewesen ist, was ja in einem höchst bedeutenden Grade dafür spricht, dass diese Albuminurie wirklich in der Hg-Elimination ihre Ursache gehabt hat.

Zur Untersuchung auf Albumin habe ich sowohl Salpetersäure, wie 20procentige Trichloressigsäure angewendet. Oft ist es geschehen, dass dies letztgenannte Mittel eine deutliche Eiweissreaction gegeben hat, wo Eiweiss mit Salpetersäure nicht zu entdecken war. In mehreren Fällen ist der Albumingehalt

[1]) In ein paar Fällen, wo Thymolquecksilber eingespritzt worden ist, habe ich die Albuminurie erst einige Tage nach der letzten Einspritzung

so gering gewesen, dass er sich nur mit Trichloressigsäure hat entdecken lassen, in anderen Fällen wieder so gross, dass auch Salpetersäure Reaction auf Eiweiss gegeben hat.

In 10 Fällen ist der Albumingehalt nur mittelst der Trichloressigsäure zu constatiren gewesen. In 7 von diesen Fällen sind Ueberstreichungen mit Ung.-Hydr., in 2 Einspritzungen von Thymolquecksilber und in 1 Einspritzungen von Sozojodolquecksilber gegeben worden. In sämmtlichen diesen Fällen ist bei Beginn der Behandlung keine Albuminurie vorhanden gewesen, sondern sie ist erst zwischen dem 18. und 30. Tage der Behandlung aufgetreten. Nachdem die Albuminurie sich erst einmal eingestellt gehabt hatte, ist sie während der ganzen Zeit zu beobachten gewesen, welche die Behandlung noch dauerte. In drei Fällen habe ich einige Wochen nach Schluss der Behandlung Gelegenheit gehabt, den Harn der Patienten zu untersuchen, und ich habe dann keine Spur von Albumin darin entdecken können.

In 8 Fällen hat sich Eiweiss nicht nur mit Trichloressigsäure, sondern auch mit Salpetersäure nachweisen lassen. Zuerst konnte es mit der Trichloressigsäure, und erst ein paar oder einige Tage später auch mit der Salpetersäure nachgewiesen werden. In dreien von diesen 8 Fällen habe ich einige Wochen nach Schluss der Behandlung den Harn der Patienten untersuchen können, und es hat sich dann gezeigt, dass zuerst die Albuminreaction der Salpetersäure und einige Zeit nachher erst die der Trichloressigsäure verschwunden war. In einem Falle hat sich eine mit der Trichloressigsäure nachweisbare Albuminmenge noch 5 Wochen und in einem anderen noch $2^1/_2$ Monate nach Schluss der Hg-Behandlung gezeigt.

Der Verlauf der Albuminurie ist ja sehr eigenthümlich, und auf Grund der Uebereinstimmung, die sich zwischen der Menge des Albumins und derjenigen des eliminirten Hg findet, spricht er deutlich für einen Causalzusammenhang zwischen dieser Albuminurie und der Hg-Elimination.

---

auftreten sehen, was sich ja auf Grund der Absorption bei dieser Behandlungsform leicht erklären lässt. Diese Fälle gehören indessen nicht der Untersuchungsserie an, die ich hier bespreche.

Aber diese Albuminurie ist ausserdem durch eine höchst bedeutende Cylindrurie gekennzeichnet. Die Albuminurie ist in allen 18 Fällen unbedeutend gewesen, während die Cylindrurie sich in 15 von ihnen als höchst bedeutend und in den drei übrigen als bedeutend erwiesen hat. Ich habe nicht so wenig Fälle von Albuminurie aus anderen Gründen untersucht, und ich habe in ihnen beinahe stets eine gewisse Uebereinstimmung zwischen der Menge des Eiweisses und der Anzahl der Cylinder gefunden; bei der Mercurialalbuminurie ist dieses Verhältniss ein entgegengesetztes. Man könnte sich darüber verwundern, eine so bedeutende Menge Cylinder zu finden, wenn die Albuminurie kaum nachweisbar ist, aber wenn man solche Fälle verfolgt, findet sich die Erklärung bald. Je nachdem die Behandlung fortschreitet, treten nämlich immer mehr Cylinder auf, bis ihre Anzahl in der Regel bedeutend ist; und erst jetzt tritt die Albuminurie ein. Von den 18 Fällen, deren ich oben Erwähnung gethan habe, ist in 12 bei Beginn der Behandlung nicht ein einziger Cylinder zu entdecken gewesen, in 3 anderen liessen sich ein paar Cylinder nachweisen und in den übrigen 3 Fällen ist bei Beginn der Behandlung keine Untersuchung auf Cylinder ausgeführt worden (aber auch in diesen Fällen vermehrte sich der Cylindergehalt im Laufe der Behandlung); wie ich oben erwähnt habe, war der Cylindergehalt in sämmtlichen 18 Fällen beim Eintritt der Albuminurie bedeutend.

Aber man findet eine Veränderung nicht nur in der Anzahl der Cylinder, sondern auch in ihrer Beschaffenheit. Im Anfange sind die Cylinder nur hyalin und mitunter ziemlich schwer zu entdecken; oft treten unter diesen hyalinen Cylindern später körnige auf; schliesslich kann man auf den Cylindern hie und da die eine oder andere Zelle unterscheiden, und mehr als einmal lassen sich zuletzt mehr oder weniger vollständige Epithelcylinder sehen. Finden sich diese Cylinder, so ist stets Albuminurie vorhanden; dagegen können Cylinder mit der einen oder anderen Zelle auftreten, ohne dass Albuminurie sich zu finden braucht, gleichwie es geschehen ist, dass sich Albumin zeigte, ohne dass andere als hyaline Cylinder zu entdecken waren. Wenn die Cylindrurie nach Schluss der Behandlung verschwindet, so verschwinden zuerst diese Cylinder mit

Zellen, und sodann vermindert sich allmälig auch die Anzahl der feinkörnigen und hyalinen Cylinder, die aber erst eine längere oder kürzere Zeit nach dem Aufhören der Albuminurie ganz verschwunden sind, was ich sowohl bei der jetzigen wie bei früheren Untersuchungsserien bei Patienten controliren konnte, die nach einiger Zeit wegen einem Recidiv der Syphilis wieder in das Krankenhaus aufgenommen wurden.

Wir finden also eine ununterbrochene Steigerung des Cylindergehaltes, oft eine Veränderung der Beschaffenheit der Cylinder, das Auftreten von Albuminurie, die sich zuerst nur mittelst eines besonders empfindlichen Reagens, später aber mittelst Salpetersäure nachweisen lässt, und wir finden dieses alles im Laufe der Behandlung oder in der nächsten Zeit nach Abschluss derselben, d. h. je nach dem die Hg-Elimination steigt; wenn diese anfängt sich zu vermindern, so vermindert sich auch die Albuminurie; wenn diese verschwunden ist, finden sich zwar noch Cylinder, aber ihre Beschaffenheit und Anzahl verändert sich mehr und mehr, bis auch sie schliesslich verschwinden, wenn die Elimination von Hg höchst bedeutend vermindert ist. (Als ein Beispiel will ich auf den weiter vorn angeführten Fall X hinweisen.)

Es kann bei der Beurtheilung dieser Cylindrurie und Albuminurie wohl nicht gern der geringste Zweifel herrschen, sondern wir müssen sagen: sie steht im Causalzusammenhang mit der Hg-Elimination — es ist eine mercurielle Cylindrurie, eine mercurielle Albuminurie. [1])

Aber es gibt Albuminurie bei Syphiliskranken, die schwerer zu erklären ist, z. B. wenn man schon bei Beginn der Be-

---

[1]) Ob nun das Eiweiss Nucleoalbumin oder Serumalbumin gewesen ist, vermag ich nicht zu entscheiden; dass mitunter Nucleoalbumin vorgekommen ist, kann ich auf Grund der kleinen wolkenförmigen hellen Trübung, die sich ein Stück über dem scharfen Albuminringe bildete, mit Sicherheit behaupten. Ich will auch hervorheben, dass ich sehr oft eine höchst bedeutende Menge Cylindroiden sowohl beim Auftreten einer Menge Cylinder, wie beim Vorkommen von Albuminurie gefunden habe.

Aber wenn auch das Albumin Nucleoalbumin gewesen und die Bedeutung dieses Albumins geringer als die des Serumalbumins ist, so gibt sein Vorkommen doch eine Reizung in den Nieren an, da es stets mit dem Auftreten einer bedeutenden Cylindrurie verbunden gewesen ist.

handlung Albuminurie findet. In der Literatur findet sich mehr als ein solcher Fall als eine durch Syphilis hervorgerufene Albuminurie beschrieben, wozu sich doch ganz sicher viele Male keine Berechtigung gefunden hat.

Verschwindet eine solche Albuminurie im Laufe der Behandlung, so ist es ja möglich, aber nicht bewiesen, dass sie in der Syphilis ihren Grund gehabt hat; verschwindet sie nicht, so ist dieses nicht als ein Beweis dafür aufzufassen, dass sie mit der Syphilis nicht in Zusammenhang gestanden hat. (Hierüber, wie auch in Betreff der Bedingungen, um eine Albuminurie möglicherweise als Albuminuria syphilitica auffassen zu können, siehe meinen Aufsatz über Cylindrurie und Albuminurie S. 4—7.) Wie ich in diesem Aufsatz hervorgehoben habe, muss man sich mehr als einmal bedenken und genau eine Menge Verhältnisse prüfen, ehe man das Urtheil fällen darf, dass es die syphilitische Krankheit an und für sich ist, in der man die Ursache der Albuminurie zu sehen hat.

Ich habe nun 8 Fälle beobachtet, wo die Patienten bei ihrer Aufnahme in das Krankenhaus Albuminurie hatten, die ich nicht auf Rechnung der Syphilis schreiben konnte; dieselbe hat sich die ganze Zeit über gefunden, welche die Patienten im Krankenhause zubrachten, und sich nicht im geringsten durch die Hg-Behandlung beeinflusst gezeigt.

Fall XII. P. ist schon zweimal voraus im Krankenhause gepflegt worden und hat dann die ganze Zeit über eine unbedeutende Albuminurie gehabt. Er wurde jetzt zum dritten Mal am 17./4. wegen Roseola und Pap. aufgenommen; auch dieses Mal hatte er während der ganzen Zeit seiner Behandlung eine unbedeutende Albuminurie.

Fall XIII. J. wurde in das Krankenhaus am 17./4. wegen Sclerose an der Pars pendula aufgenommen; da er keine Anschwellung der Drüsen hatte, wurde die Sclerose excidirt; er litt an Alcoholismus chronicus; im Harn fanden sich Spuren von Albumin. Am 2./5. begannen Roseola aufzutreten. Er wurde am 1./6. aus dem Krankenhause entlassen, nachdem er 30 Ueberstreichungen erhalten hatte. Er hatte während der ganzen Zeit seines Aufenthaltes im Krankenhause eine unbedeutende Albuminurie.

Fall XIV. K. wurde in das Krankenhaus am 21./4. wegen papulo-pustulösem Syphilid aufgenommen; er hatte einen Herzfehler und es fand sich gelinde Albuminurie, die sich die ganze Zeit über erhielt, bis er am 19./6. aus dem Krankenhause entlassen wurde. Er hatte 7 Thymol-Hg-Einspritzungen erhalten.

Fall XV. P. wurde in das Krankenhaus zum ersten Mal am 24./5. wegen Sclerose aufgenommen. Am 20./6. traten Roseola auf; er bekam von diesem Tage bis zum 15./7. 6 Einspritzungen von Sozojodol-Hg; hatte während der ganzen Zeit seines Aufenthaltes im Krankenhause gelinde Albuminurie.

Fall XVI. Dieselbe Person wie im vorigen Fall wurde in das Krankenhaus am 5./9. wegen Papulae mucosae aufgenommen. Sie wurde aus dem Krankenhause nach 35 Ueberstreichungen am 9./10. entlassen; hatte die ganze Zeit über gelinde Albuminurie.

Fall XVII. W. wurde in das Krankenhaus am 7./6. wegen Papulae mucosae aufgenommen. Er wurde aus dem Krankenhause am 8./7. nach 30 Ueberstreichungen entlassen; Albuminurie die ganze Zeit über in unbedeutendem Grade.

Fall XVIII. C. wurde in das Krankenhaus am 22./8. wegen Sclerose und Roseola aufgenommen; bekam bis zum 18./9. 6 Sozojodol-Hg-Einspritzungen; die ganze Zeit über gelinde Albuminurie.

Fall XIX. C. wurde in das Krankenhaus wegen Sclerose und papulösem Syphilid aufgenommen; bekam 30 Ueberstreichungen; hatte die ganze Zeit über, wo er sich im Krankenhause aufhielt, unbedeutende Albuminurie.

Nicht in einem dieser Fälle betrachte ich mich für berechtigt zu behaupten, dass die Albuminurie durch die Syphilis hervorgerufen gewesen ist. In einem Falle war wahrscheinlich Alcoholismus chronicus im Verein mit einem Fettherzen, in einem anderen ein organischer Herzfehler (der Patient starb nach einigen Monaten daran) die Ursache der Albuminurie. Die Ursache der Albuminurie in den übrigen Fällen habe ich nicht finden können, ebensowenig wie es mir mitunter bei Personen, die nicht an Syphilis litten, möglich gewesen ist zu erklären, weshalb sie in ihrem Harn Spuren von Albumin hatten.

Ausser diesen 8 Fällen habe ich 3 andere beobachtet, wo die Patienten bei ihrer Aufnahme in das Krankenhaus ausgebreitete gummöse Geschwüre und dann auch gelinde Albuminurie hatten; in zweien dieser Fälle fanden sich ein paar hyaline Cylinder, im dritten aber liessen sich keine entdecken. Dieses kann ja zum Theil gegen die Annahme sprechen, dass die Syphilis die Ursache der Albuminurie war, um so mehr, da die Albuminurie während der ganzen Zeit der Behandlung anhielt, ungeachtet die gummösen Geschwüre schnell heilten.

Nur einen Fall habe ich Gelegenheit gehabt zu beobachten, wo die Albuminurie im Laufe der Behandlung verschwunden ist, und dieser Fall würde sich möglicherweise als ein Fall von Albuminuria syphilitica deuten lassen.

Fall XX. D., 16 Jahre alt, wurde am 29./8. wegen dem ersten Ausbruch der Syphilis in das Krankenhaus aufgenommen; er hatte da Albuminurie (Menge des Albumins 0,03 Proc.), sowie Cylinder hie und da; bekam eine Einspritzung von Sozojodolquecksilber.

3./9. hatte er 0.06 Proc. Albumin, sowie einzelne Cylinder; 2. Einspritzung von Sozojodol-Hg.

8./9. hatte er unbedeutende Spuren von Albumin und hier und da Cylinder; 3. Einspritzung von Sozojodol-Hg.

Seit diesem Tage liess sich kein Albumin mehr entdecken. Den 30./9. war der Patient frei von Symptomen, nachdem er 7 Einspritzungen von Sozojodol-Hg. erhalten hatte; der Harn war jetzt frei von Albumin; es fanden sich in ihm viele Cylinder.

Der Patient erwähnte bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus, dass er 2 Jahre vorher Scarlatina gehabt hatte; ob sein Harn damals oder später eiweisshaltig gewesen war, wusste er nicht. Bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus vermuthete ich indessen, dass seine Albuminurie eine Folge des von ihm durchgemachten Scharlachfiebers war. Dieses scheint jedoch nicht der Fall gewesen zu sein. Da seine Albuminurie im Laufe der Behandlung gleichzeitig mit den syphilitischen Symptomen verschwand, so liegt es ja innerhalb der Grenzen der Möglichkeit, dass hier wirklich eine Albuminuria syphilitica vorgelegen hat.

Schwimmer sagt, dass in seinen Fällen Albuminurie zwar im Laufe der Behandlung entstanden, dass sie aber auch wieder im Laufe der Behandlung verschwunden sei. In den Jahren, wo ich regelmässig Untersuchungen auf Eiweiss bei allen Patienten ausgeführt habe, die der Behandlung mit Hg unterworfen wurden, habe ich nur in einzelnen Fällen eine unbedeutende Albuminirie für einen oder ein paar Tage im Laufe der Behandlung auftreten sehen. In der Zeit, wo ich diese letzte Serie von Untersuchungen ausgeführt habe, bin ich nur 4 Mal in der Lage gewesen, solche Fälle zu beobachten.

So geschah es z. B., dass ein Patient, der zum ersten Male im Krankenhause gepflegt wurde im Laufe der Behandlung für einen Tag Albuminurie erhielt; auch jetzt, wo er wegen einem Recidiv der Syphilis behandelt wurde, bekam er einige Tage nach seiner Aufnahme in das Krankenhaus Albuminurie, die 6 Tage andauerte. Als er 13 Ueberstreichungen erhalten hatte, liessen sich in seinem Harn minimale Spuren von Albumin mittelst Trichloressigsäure entdecken; nach diesem Tage zeigte sich keine Albuminurie mehr; er wurde aus dem Krankenhause entlassen, als er 30 Ueberstreichungen erhalten hatte.

Was die Ursache der Albuminurie in diesem wie in den drei anderen gleichartigen Fällen gewesen ist, vermag ich nicht zu entscheiden; von der Hg-Behandlung können wir ja ganz

sicher absehen. In gleichartigen Fällen, die Schwimmer beobachtet hat, sieht er die Ursache der Albuminurie in der Syphilis, doch bezweifle ich, dass er darin Recht hat, zumal kein beweisender Grund für diese Ansicht dargelegt worden ist. Ich für meinen Theil habe zufälligerweise ein paar Mal bei nicht syphilitischen Personen eine solche Albuminurie ganz plötzlich in unerklärlicher Weise entstehen und ebenso plötzlich wieder verschwinden sehen; es erscheint mir nicht als unmöglich, dass dieses, da es bei nicht syphilitischen Personen geschehen kann, auch bei syphilitischen einzutreffen vermag, ohne dass wir deshalb das Recht haben, die Schuld dafür auf die Syphilis zu schieben.

Dass Quecksilber Albuminurie auch bei nicht syphilitischen Personen hervorrufen kann, habe ich in meinem vorigen Aufsatz gezeigt, wo sich erwähnt findet, dass eine Krankenpflegerin, die während einer langen Zeit Hg-Einreibungen gegeben hatte, Symptome von Hg-Vergiftung mit Albuminurie bekam, welches alles aber wieder verschwand, nachdem sie einige Zeit aufgehört hatte, solche Einreibungen auszuführen. Der zweite Fall war ein Mann, der, um sich von Ungeziefer zu befreien, seinen Körper und seine Unterkleider mit einer Menge Mercurialsalbe und metallischem Quecksilber eingeschmiert hatte und dann vierzehn Tage gegangen war, ohne seine Unterkleider zu wechseln; er bekam eine höchst bedeutende Stomatitis und auch Albuminurie; sein Harn enthielt eine bedeutende Menge Hg. Nach einiger Zeit war sowohl die Stomatitis, wie die Albuminurie verschwunden; auch die Hg-Elimination durch die Nieren war bedeutend vermindert.

Die Frage, inwiefern die Hg-Elimination durch die Nieren eine Reizung in den Nieren hervorruft, glaube ich auf Grund der obigen Untersuchungen berechtigt zu sein dahin zu beantworten, dass in der Mehrzahl der Fälle eine solche Reizung in einem grösseren oder geringerem Grade entsteht. Frägt man wieder, ob diese Reizung von der Bedeutung ist, dass sie für den Augenblick oder für die Zukunft einen Schaden verursachen kann, so glaube ich die Antwort geben zu können, dass dieses wenigstens in der Regel nicht der Fall ist. Dieses hindert jedoch nicht, dass es in einzelnen Fällen eintreffen

kann, z. B. in dem Falle, wo Albuminurie und bedeutende Cylindrurie sich noch 10 Wochen nach beendigter Hg-Behandlung fanden. Es scheint mir daher ebenso nothwendig zu sein, während einer kräftigen Hg-Behandlung den Harn zu controliren (ihn wenigstens mittelst eines empfindlichen Reagens auf Albumin zu untersuchen), wie die Haut, das Zahnfleisch und den Darmcanal einer Controle zu unterwerfen, denn das Auftreten von Albuminurie zusammen mit einer bedeutenden Cylindrurie, besonders wenn sich Epithelcylinder zeigen, ist ein recht sicheres Zeichen, dass man Acht geben und mit der ferneren Verabreichung von Quecksilber vorsichtig sein muss, bis die Reizung in den Nieren sich vermindert hat oder verschwunden ist.

Dieses hat seine Giltigkeit für Personen, die bei Beginn der Behandlung nicht die geringste Reizung in den Nieren haben. Wie wirkt nun die Hg-Elimination auf Personen ein, die man einer kräftigen Hg-Behandlung unterwerfen muss und die bei Beginn dieser Behandlung bereits Albuminurie haben?

In den Fällen XII—XIX und in den drei Fällen, wo ausgebreitete gummöse Geschwüre auftraten, fand sich bei der Aufnahme der Patienten in das Krankenhaus eine gelinde Albuminurie, die während der ganzen Behandlung anhielt, ohne dass ich eine nachweisbare Vermehrung derselben zu beobachten vermochte. Dahingegen fand ich in der Mehrzahl dieser Fälle eine bedeutende Veränderung des Cylindergehaltes, die ganz sicher auf Rechnung der Hg-Elimination zu schreiben ist. Von 11 Personen hatten 7 bei ihrer Aufnahme in das Krankenhaus keine Cylinder und 4 einzelne Cylinder; bei Schluss der Behandlung fanden sich einzelne Cylinder bei 1, Cylinder hie nnd da bei 2, viel Cylinder bei 2 und eine bedeutende Menge von Cylindern bei 6 Personen.

Ich fand also eine Person, die bei Schluss der Behandlung nur einzelne Cylinder hatte, trotzdem ihr 30 Ueberstreichungen gegeben worden waren; bei allen den übrigen Patienten fand ich dagegen eine Vermehrung der Cylinder, die bei 6 sogar höchst bedeutend war. Bei 2 Patienten war die Vermehrung der Cylinder nur unbedeutend, aber so bekam der eine auch nur 20 Ueberstreichungen, und bei dem anderen trat nach einer Einspritzung von Thymolquecksilber und 5 Ueberstreichungen Stomatitis auf, so dass die Behandlung abgebrochen werden musste. Bei keiner dieser beiden Personen waren bei Beginn der Behandlung Cylinder zu entdecken gewesen, aber

trotz der geringen Behandlung mit Hg stellten sich nicht nur Cylinder ein, sondern sie vermehrten sich auch ein wenig, und es ist sehr wahrscheinlich, dass wir auch hier eine bedeutende Menge Cylinder bekommen haben würden, wenn die Behandlung länger gedauert hätte. Alle diese Fälle zeigen jedoch, dass man auch da, wo sich eine gelinde Albuminurie findet, eine kräftige Hg-Behandlung ohne ersichtlichen Schaden für den Patienten geben kann.

Dieses kann ja für eine so unbedeutende Albuminurie wie die in dem obenerwähnten Falle gelten, aber wie ist das Verhältniss dann, wenn sich bei Beginn der Behandlung ein schwereres Nierenleiden findet? Ich stellte diese Frage auch in meinem vorigen Aufsatz, und ich will nun einige Worte daraus anführen: „Wenn man nun sieht, welche Reizung die Hg-Elimination auf eine gesunde Niere ausüben kann, hat man dann das Recht, die Hg-Behandlung oder, richtiger, eine kräftige Hg-Behandlung bei einem Patienten anzuwenden, welcher z. B. eine chronische Nephritis hat? Es ist hervorgehoben worden, dass eine nicht gesunde Niere das Quecksilber nicht in hinreichender Menge eliminiren könne, welches dann für seine Elimination andere Wege, speciell die Speicheldrüse suche und dadurch Anlass zu einer schweren Stomatitis geben könne. Diese Auffassung ist sicher in vielen Hinsichten nicht richtig. Es wird, selbst bei der schwersten Stomatitis, nur eine höchst unbedeutende Menge Hg durch den Speichel eliminirt; dieses hat Schmidt gezeigt, und auch meine eigenen, voraus publicirten Untersuchungen haben es ergeben. Kann eine kranke Niere das Hg nicht in hinreichender Menge eliminiren, so wird das übrige Hg ganz sicher auf dem Wege eliminirt, auf dem seine Elimination normaliter in grosser Menge stattfindet, d. h. durch die Foeces. Sowohl Schuster, wie ich haben nachgewiesen, dass bei der Einreibungscur Hg in bedeutender Menge durch die Foeces abgeht; ich habe gezeigt, dass dieses auch bei verschiedener Injectionsbehandlung der Fall ist. Uebrigens kann eine kranke Niere (chronische Nephritis) sehr gut eine grosse Menge Hg eliminiren; so fanden sich z. B. in 350 Gr. Urin, 1·012 spec. Gewicht, von dem Fall 38 den 6./5. nach 30 Benzoe-Hg-Einspritzungen eine grosse Menge recht ansehnliche Hg-Kügelchen;

in 360 Gr. Urin, 1·020 spec. Gewicht, von dem Fall 33 den 21./4. nach 7 Thymol-Hg-Einspritzungen einige kolossale und viele kleine Hg-Kügelchen;

in 320 Gr. Urin, 1,019 spec. Gewicht, von dem Fall 41 den 27./6. nach 10 Einreibungen eine bedeutende Menge, doch nur kleinere Hg-Kügelchen.

Auch durch eine kranke Niere kann somit eine bedeutende Menge Hg ausgeschieden werden. Das Wichtigste ist natürlicherweise aber: kann dieses ohne Schaden für die Nieren geschehen? Dieses ist eine Frage, welche wir jetzt noch nicht beantworten können, doch kann ich einen Fall anführen, in welchem die Nieren durch die Hg-Elimination keinen sichtbaren Schaden gelitten haben.

X. hatte seit vielen Monaten Nephritis gehabt, als sie sich auch Syphilis zuzog. Den 9./3. 1891 hatte sie Roseola und Papeln; bekam Th-Hg den 9./3., 15./3., 21./3., 27./3., 2./4. und 8./4. und war symptomfrei nach der dritten Einspritzung. Ihr Albumingehalt war folgender: den 9./3. 0,13, 15./3. 0,15, 21./3. 0,07, 27./3. 0,70, 30./3. 0,25, 2./4. 0.07., 5./4. 0,07, 8./4. 0,07, 14./4. 0.02, 19./4. 0,05, 24./4. 0,02, 28./4. 0,04, 7./5. 0,10, 15./5. 0,10, 24./5. 0,25, 2./6. 0,06, 10./6. 0,02, 18./6. 0,04 Proc. In diesem Falle konnte also eine grosse Menge Hg ohne nachweisbaren Schaden für die Nieren gegeben werden."

Seitdem habe ich Gelegenheit gehabt, 4 solche Fälle zu untersuchen.

Fall XXI. L., bekam zwischen dem 5./6. und 9./7. sieben Einspritzungen von Thymolquecksilber. Seine Albuminmenge verhielt sich während dieser Zeit in folgender Weise: den 7./6. 0,03, 15./6. 0.03, 20./6. 0,03, 26./6. 0,07. 2./7. 0,05, 9./7. 0,05, 16./7. 0,07 Procent. Das Procent stieg zwar, doch nicht in einem solchen Grade, dass ich es für nöthig erachtete, die Behandlung abzubrechen.

Fall XXII M., hatte chronische Nephritis, ehe er sich Syphilis zuzog, die er nun seit mehreren Jahren gehabt hatte. Er hatte im April Gummata und wurde dafür mit Sublimateinspritzungen behandelt. Der Albumingehalt war den 20./4. 1,0, 26./4. 1,03, 8./5. 0,8, 13./5. 0,7, 18./5. 0,55, 25./5. 0,65 Procent. In diesem Falle sank der Albumingehalt trotz der Hg-Behandlung, und der Patient vertrug die Hg-Elimination durch die Nieren sehr gut.

In dem folgenden Falle hinwieder stieg der Albumingehalt, trotzdem ich seinetwegen die Einspritzungen von Thymolquecksilber nur mit längeren Zwischenräumen gab.

Fall XXIII. G., bekam Th-Hg-Einspritzungen den 12./6., 27./6., 7./7. und 16./7. Der Albumingehalt war den 8./6. 0,04, 17./6. 0,03, 25./6. 0,15

8./7. 0,07 und 19./7. 0,4 Procent. Da die Albuminurie sich vermehrte, so fand ich es räthlich, mit der Hg-Behandlung aufzuhören. Der Patient war bereits frei von Symptomen.

Ein gleiches war das Verhältniss in folgendem Fall, wo leider das Procent des Albumins nicht bestimmt wurde, wo aber doch eine für das blosse Auge sichtbare, bedeutende Vermehrung des Eiweisses entstand, während gleichzeitig sowohl der Cylindergehalt, wie dessen Beschaffenheit eine Veränderung erlitt.

Fall XXIV. F., bekam zwischen dem 7./8. und 22./8. Ueberstreichungen.

Den 7./8. Alb.; 1,012 spec. Gew.; viel Cylinder.

Den 12./8. „ 1,010 „ „ „ „

Den 17./8. Alb. vermehrt; 1,012 spec. Gew.; viele und grosse Cylinder mit Zellen.

Den 22./8. Alb. noch mehr vermehrt; 1,014 spec. Gew.; eine höchst bedeutende Menge Cylinder und Zellen.

Ich wagte es nun nicht, mit der Behandlung länger fortzufahren, besonders da die Patientin jetzt frei von Symptomen war. Der Harn wurde am 27./8. und 29./8. untersucht, wobei es sich zeigte, dass der Albumingehalt fortfahrend zunahm; beide Male fanden sich eine höchst bedeutende Menge Cylinder, von denen eine grosse Menge Zellen hatte.

Diese Fälle zeigen, wie während einer Hg-Behandlung bei einer chronischen Nephritis sowohl die Albuminmenge, wie der Cylindergehalt sehr zunehmen kann. Sie berechtigen mich, dieselbe Ansicht wie in meinem vorigen Aufsatz auszusprechen, nämlich dass man Patienten mit krankhaft veränderten Nieren nur mit Vorsicht und unter beständiger Controlirung der Beschaffenheit des Harnes mit Quecksilber behandeln darf — wenigstens wenn es sich um eine *kräftige* solche Behandlung handelt.

Sollte ich die Ergebnisse dieser meiner Untersuchungen zusammenfassen wollen, so würde ich hier dieselben Schlüsse wie in meinem vorigen Aufsatz ziehen können, die ich bereits im Anfange dieses Aufsatzes citirt habe. Diese meine letzten Untersuchungen haben in allem die Richtigkeit der Ansichten über die Hg-Albuminurie und Hg-Cylindrurie bestätigt, die ich damals glaubte aussprechen zu dürfen.

Ueber Psorospermien bei Hautkrankheiten. (Bericht über einen typischen Fall von sog. Darier'scher Psorospermose.)

Von

Dr. **J. Fabry** in Dortmund.

(Hierzu Taf. XIII.)

Die vor noch nicht so sehr langer Zeit beschriebene Psorospermosis Darier's ist eine derjenigen Dermatonosen, für welche von einem Theil wenigstens der Autoren Psorospermien als die Krankheitserreger aufgefunden und hingestellt wurden; beim näheren Eingehen auf die Literatur werden wir die Stimmen für und gegen diese Theorie hören.

Da wir nun in der glücklichen Lage waren, einen zweifellosen Fall von Darier'scher Krankheit unter den Patienten des hiesigen städtischen Krankenhauses durch mehrere Jahre bis zu dem wegen anderweitiger Erkrankung erfolgten Tode beobachten zu können und selbstverständlich die klinische Beobachtung durch vielfache histologische Untersuchungen zu completiren, so dürfte eine ausführliche Berichterstattung über den Krankheitsverlauf schon in Anbetracht der Seltenheit dieser Erkrankung angezeigt erscheinen. Unseres Wissens stellt unser Fall den 4. in Deutschland beobachteten, dazu gerechnet ist dabei der Schwimmer'sche Fall, über den Neisser auf dem Dermatologen-Congress 1891 berichtete; die Zahl der überhaupt veröffentlichten Fälle dürfte nicht mehr wie ein Dutzend betragen.

Aus vielfachen Erwägungen schien es uns zweckmässig, aus der Literatur auch diejenigen Affectionen mitzuberücksich-

tigen, für welche gleichfalls Psorospermien als die Krankheitserreger hingestellt worden sind, nämlich: das Epithelioma, das Molluscum contagiosum und die Paget'sche Erkrankung.

Bei keiner von den vier Krankheitsformen ist klinisch die Infectiosität so in die Augen springend wie beim Molluscum contagiosum; die eingehendsten Untersuchungen über letzteres verdanken wir Neisser,[1]) der von der parasitären und infectiösen Natur dieser Epithelialgeschwülste überzeugt ist und den Namen Epithelioma contagiosum Bollinger vorschlägt; Culturversuche sind ihm nicht geglückt.

Bei weitem einen anderen Standpunkt in dieser Frage nehmen Török und Tommasoli[2]) ein. Diese Autoren kommen auf Grund ihrer histologischen und chemischen Untersuchungen, welche letztere eine eminent grosse Widerstandsfähigkeit der Molluscumkörperchen gegen stärkste chemische Agentien (conc. Ameisensäure, conc. Schwefelsäure, rauchende Salpetersäure, conc. Chlorwasserstoffsäure, conc. Kalilauge) ergaben, ähnlich derjenigen der Colloidsubstanzen, zu der Ueberzeugung, dass die Körperchen des Molluscum contagiosum keine parasitären Elemente seien.

Ueber die Theorie der Contagiosität konnte Pick[3]) im Jahre 1891 auf dem Dermatologen-Congresse recht interessante Versuche mittheilen; Pick gelang es, das Secret eines Molluscum contagiosum intraepidermoidal zu überimpfen; er erzielte an neun von zwölf Impfstellen bei zwei Individuen wiederum typische Mollusca contagiosa. Für die Contagiosität dieser epidermoidalen Neubildung war damit ein nicht anfechtbarer positiver Beweis erbracht. In derselben Sitzung äusserten sich noch pro Contagiosität Touton, Ehrmann, von Sehlen; contra Contagiosität Neumann; Kaposi hält den zoologischen Theil der Frage der Aetiologie jedenfalls noch nicht für erwiesen.

Wir beobachteten hier einen Fall von Molluscum contagiosum, der recht deutlich klinisch für die Infectiosität dieser Erkrankung zu sprechen scheint und aus diesem Grunde kurz erwähnt werden soll; von den 6 Kindern einer Dame aus meiner Praxis erkrankte das eine 12jährige Töchterchen, welches mit derselben in Süddeutschland zu Besuch war, an zahlreichen Molluscumgeschwülstchen der Wangen und der vorderen Hals-

gegend; die Dame erzählte mir, dass dort in der Verwandtschaft mehrere ähnliche Erkrankungen vorgekommen seien; es ist klar, dass das Kind während seines Besuches in Süddeutschland inficirt worden ist. Die Geschwülstchen ergaben sich auch histologisch an Mikrotomschnitten als Molluscum contagiosum. In Westdeutschland scheint übrigens diese Erkrankung nicht gerade sehr häufig vorzukommen.

Noch vor wenigen Tagen erschien eine Arbeit über das Molluscum von Kromayer,[4]) welche sich mit der Actiologie desselben befasst. Kromayer kommt durch seine Methode der Protoplasmafärbung zu einem dem Neisser'schen entgegengesetzten Untersuchungsergebniss. Während Neisser sich zwischen Kern und Protoplasma der Molluscumzelle eine körnige Masse, den Parasiten entwickeln lässt, durch dessen Wachsthum und Weiterentwickelung der Kern zur Seite gedrängt und die Epithelzelle aufgetrieben wird, hält Kromayer die körnige Masse für ein Zerfallsproduct der Zelle selbst. Wir sehen, dass über die Frage der Aetiologie die Acten noch keineswegs geschlossen sind; dass die Krankheit infectiöser Natur ist, hat der Pick'sche Impfversuch erwiesen; noch nicht aber ist es bewiesen, dass die sogenannten Molluscumkörperchen respective ihr körniger Inhalt die Infectionsträger sind.

Die Frage, ob Epitheliome infectiöser Natur seien oder nicht, musste schon wegen der Häufigkeit des Vorkommens und auch wegen der Malignität eine grössere Bedeutung gewinnen.

Klinisch liegt hier die Sache wesentlich anders wie beim Molluscum, indem wir eine Uebertragung von einem Individium auf das andere nicht beobachten. Ebenso steht es mit der künstlichen Ueberimpfung. Impfversuche wurden mit negativem Resultate bereits vor Jahren von Doutrelepont[5]) angestellt und in der Folge häufig wiederholt. Es würde zu weit führen und liegt nicht in unserem Interesse daraufhin die Literatur zu verfolgen.

Der Frage nach dem Vorkommen von Protozoen im Carcinom steht Pfeiffer,[6]) ein anerkannter Protozoenkenner, sehr sympathisch gegenüber. Eine ausgezeichnete Bearbeitung des uns hier interessirenden Gegenstandes lieferte Karg.[7]) Indem wir auf diese erschöpfende, auf Grund eingehender

Literaturstudien ausgeführte und mit zahlreichen Mikrophotographien ausgestattete Arbeit ganz besonders aufmerksam machen, dürfen wir uns bei Besprechung der Aetiologie der Carcinome und der Deutung der in Carcinomen nachgewiesenen Befunde kurz fassen. Die Mehrzahl der Beobachter neigt wohl heute mehr zu der Auffassung, es seien die bei Epitheliom gesehenen sog. Krebskörperchen nichts anders wie Epitheldegenerationen (Eberth,[8]) Ribbert,[9]) Hausemann), sei es dass sie Trümmer von eingewanderten Leucocyten darstellen, sei es, dass abnorme und fragmentarische Kerntheilungen vorliegen. Nach Schütz[10]) spielen die rothen und die weissen Blutzellen beim Zustandekommen der bekannten Gebilde eine gewisse Rolle. Auf die Ribbert'sche Arbeit kommen wir noch zurück. Auf dem X. internat. med. Congress kam derselbe Gegenstand, die Deutung der intracellulären Gebilde bei Carcinom in der chirurgischen Section zur Erörterung. Siegenbeck von Heukeloom[11]) lässt die Frage, ob es sich um Epitheldegenerationen oder etwas anderes, etwa Pflanzenparasiten handelt, offen. Ebenda sprach Kiemer[12]) über die Bedeutung gewisser pathologischer epidermoidaler Bildungen, welche mit Psorospermien verwechselt werden könnten und möchte dieselben entweder für eine anormale Keratinisation oder eine abnorme Karyokinese halten. Auch Marchaud[13]) ist in der Discussion der Ansicht, dass es degenerative Vorgänge seien. Steinhaus[14]) (ebenda) glaubt, dass die intracellulären Gebilde entweder Producte der kolloiden Degeneration sind oder schüsselförmig in einander gekapselte Leukocyten. Firket[15]) theilt ebenfalls in der erwähnten Sitzung seine Untersuchungsergebnisse mit; auch er hat Anhäufungen von kleinen Elementen innerhalb der Zellen gesehen, die er wie Klebs für zerfallene Leukocyten hält; derselbe Autor lässt es unentschieden, ob es sich um Parasiten handelt oder nicht.

Karg resumirt in seiner bereits citirten Arbeit folgendermassen: „Aus den so verschiedenartigen und verschieden gedeuteten Befunden geht das eine mit Sicherheit hervor, dass die Autoren ganz differente Dinge als die gesuchten Carcinomparasiten beschrieben und gedeutet haben. So lange aber nicht Einigkeit wenigstens in der Morphologie der Carcinomparasiten

erzielt ist, können die histologischen Befunde als eine Stütze für die parasitäre Theorie der Carcinome nicht angesehen werden; die Frage nach der parasitären Natur der Carcinome bleibt demnach zum Mindesten eine offene". Die Wickham-Darierschen Körperchen speciell fanden sich nach Karg's eigenen Untersuchungen nur in Carcinomen, die von der Haut ausgehen; nicht etwa in Drüsencarcinomen, was doch gewiss eine Thatsache ist, die stutzig machen muss; ebenso der Umstand, dass Karg in 3 Fällen von Hauttuberculose die betreffenden Körperchen fand, in anderen allerdings wieder nicht. Da die Carcinomkörperchen wie Prokeratin und Eleidin in den normalen Epidermiszellen durch Carbolfuchsin roth gefärbt werden, so schliesst Karg mit Recht, dass eine gewisse Verwandtschaft bestehe zwischen Carcinomkörperchen und den Vorstufen der Verhornung.

Wir haben gesehen, dass die Mehrzahl der bisher aufgeführten Autoren im Wesentlichen den gleichen Standpunkt vertreten und in der That deckt diese Auffassung sich am besten mit dem objectiven mikroskopischen Befunde und hält sich fern von übereilten Schlüssen.

Grundverschieden von den eben angeführten Darlegungen Karg's und der Mehrzahl der übrigen Forscher ist eine vor Kurzem im Centralblatt für Bakteriologie über den Krebsparasiten veröffentlichte Arbeit Korotneff's. [16]) Nach ihm rührt der regressive Charakter, dem der Krebs unterworfen ist, von dem Parasiten Rhophalonphulus ab, ihm verdankt er die Nekrose seiner Zellen und den verderblichen Einfluss, den diese Neubildung auf den ganzen Organismus ausübt. Theoretisch, sagt Korotneff, kann ein Carcinom ohne Parasiten keine besonderen Schädlichkeiten haben. Letzterer Autor ist also wieder ein eifriger Verfechter der parasitären Theorie.

Damit wollen wir die so reichhaltige und von Tag zu Tag noch mehr anwachsende Carcinomliteratur verlassen; es genügt ja für unsere Zwecke in kurzen Umrissen die verschiedenen Ansichten über die Aetiologie der Carcinome zu skizziren.

Die dritte Dermatonose, bei welcher Psorospermien aufgefunden und als Krankheitsursache hingestellt worden sind, ist die im Jahre 1874 beschriebene und nach dem Autor be-

nannte Paget'sche[17]) Erkrankung. Nach Wickham[18]) sind bei dieser Erkrankung folgende beiden Symptome hervorstechend und bemerkenswerth; es ist der Krankheitsprocess ein sehr oberflächlich verlaufender; die erkrankte Haut fühlt sich, wenn man mit dem Finger darüberstreicht, wie eine leichte papierartige Verhärtung an (Induration papuracée); ferner ist die kranke Haut von der gesunden abgegrenzt durch einen scharfen Rand, bisweilen sogar durch einen Wall, wodurch sie sich grade insbesondere vom Eczem unterscheiden soll. Der Lieblingssitz der Erkrankung ist die Haut um die Brustwarze herum und wird dieselbe vorwiegend bei Frauen beobachtet.

So Wickham. Pospeloff[19]) berichtet über einen Fall mit Localisation an der Glans penis. Eine eingehende histologische Studie lieferte erst vor Kurzem Török,[20]) welcher, wie ja auch in einer früheren in Gemeinschaft mit Tommasoli über das Molluscum contagiosum abgefassten Arbeit, zu dem Resultate kömmt, die von Wickham bei der Paget'schen Erkrankung beschriebenen Körperchen seien keinesfalls Parasiten und die Ursache dieser Krankheit; es würde zu weit führen, auf die interessanten Details dieser Arbeit näher einzugehen. Jedenfalls decken sich die Untersuchungsergebnisse mit der von der Autorität Kaposis[21]) in seinem Lehrbuch vertretenen Ansicht. In dem Capitel, wo letzterer von dem Eczema mammae spricht, heisst es: „Die Brustwarze kann dabei bis zu Fingerdicke anschwellen, dasselbe kommt meist einseitig und bei Frauen vor; die derartig erkrankte Brustwarze kann wohl auf den ersten Blick für Carcinom imponiren; man hat von dieser Form in den letzten Jahren unter dem Namen „Paget's Disease“ unnöthiges Aufsehen gemacht“.

Auch wir haben mehrmals bei Frauen chronische Eczeme mit der Localisation an der Brust und um die Brustwarze herum behandelt und in allen Fällen belehrte uns die erhobene Anamnese, dass der Verlauf ein äusserst chronischer war und dass die Affection der Behandlung hartnäckigen Widerstand entgegengesetzt hatte; es bildete die eczematöse Hautfläche ein fast gleich breites Band um die stark geschwollene Brustwarze als Mittelpunkt; die erkrankte Fläche war eine fast continuirliche, nicht etwa von gesunden Partien durchsetzte,

der Rand hob sich scharflinig gegen die gesunde Umgebung ab. In einem Falle betraf die Erkrankung eine im 8. Monate der Gravidität stehende Frau und hier war fast die ganze Brust in eine nässende und unter den Krusten excoriirte und entzündlich infiltrirte Fläche umgewandelt und verursachte der Patientin, die schon längere Zeit ärztlichen Rath in Anspruch genommen hatte, in Folge tiefer Rhagaden und Reibung an den Kleidern sehr heftige Schmerzen. Sonst fand sich bei der bleichen und schwächlichen Person nichts Abnormes. Die Diagnose war nach alledem: Umschriebenes und nässendes chronisches Eczem der rechten Brust. Die Heilung war innerhalb weniger Wochen eine prompte und glatte und die Behandlung folgende: Abtupfen und Desinfection der nässenden Flächen mit dünner Salicyllösung, Einpinselung von Thiolum liquidum und Application eines Zinkleimverbandes. Der einzige Umstand, der die Brustekzeme zu so hartnäckigen Affectionen stempelt, scheint mir der zu sein, dass die Application der Medicamente eine schwierige ist und die Reibung der Kleider und Wäsche immer neue Reize und Insulte setzt, die die Heilung erschweren.

Ob diese umschriebenen Ekzeme der Brust in der That zu identificiren sind mit Paget's Erkrankung oder ob letztere eine Erkrankung für sich ist, wage ich nicht zu entscheiden; es müsste vor Allem festgestellt werden, ob das Vorkommen der von vielen Seiten als Parasiten beschriebenen Körperchen nur der echten Paget'schen Krankheit eigenthümlich ist oder ob auch bei den klinisch harmloseren Ekzemformen solche Gebilde beobachtet werden; wir haben Untersuchungen in der Richtung nicht anstellen können.

Wir kommen zur vierten und bisher am seltensten beobachteten Dermatonose, für welche Psorospermien als Krankheitserreger angesehen wurden, zu der von Darier[22]) zuerst als Krankheit sui generis beschriebenen Hauterkrankung, für welche mit Rücksicht auf die ätiologische Auffassung auch der Name Psorospermosis follicularis vorgeschlagen wurde. Wir zählen aus der Literatur folgende Publicationen: Darier berichtet über **2** Fälle; die grösste Zahl (**4**) beobachtete Boeck;[24]) ferner **1** Fall von Mansurow,[25]) **1** Fall von Zeleneff[26]), **1** Fall von Burri und Miethke,[27]) **1** Fall von Schwimmer,[28])

1 Fall von Krösing,[29]) **1** Fall von Lustgarten und Bulkley,[30]) **1** Fall von Petersen[31]) und endlich **2** Fälle von Pawloff.[33]) Der Fall von Josef Frank Payne[33]) scheint, wie schon aus der Ueberschrift seiner Arbeit hervorgeht, ferner aus dem Verlauf mit Ausgang in Heilung nicht hierher zu gehören und wurde vom Autor selbst als ein Fall von seltener Acneform aufgefasst. Also überhaupt beobachtet wurden bisher in verhältnissmässig kurzer Zeit 15 Fälle, davon in Deutschland drei, denen wir eine vierte Beobachtung hinzufügen.

Auf die genannten Abhandlungen werden wir noch Gelegenheit haben zurückzukommen, vorher soll der von uns beobachtete Fall mitgetheilt werden.

Der von uns beobachtete Fall von Psorospermosis follicullaris Darier betrifft den am 5. Februar 1823 geborenen Armenhäusler Fritz Reinecke aus Iserlohn. Patient selbst sowohl wie seine Eltern stammen aus Westfalen; der Vater ist an Altersschwäche gestorben, die Mutter an Phthisis pulmonum. 3 Geschwister des Patienten sind gestorben; über die Todesursache liess sich nichts ermitteln. Soviel steht fest, dass weder die Grosseltern noch die Eltern noch eines von den lebenden oder bereits gestorbenen Geschwistern an einem ähnlichen Ausschlag gelitten haben. Patient war verheiratet, jedoch blieb die Ehe kinderlos.

Patient selbst hat in seiner Kindheit Masern und Stickhusten gehabt und später die „Menschenblattern", wodurch er schwache Augen bekommen hat; auch hat er öfter epileptische Anfälle gehabt.

Patient arbeitete als Nadelstampfer in westfälischen Fabriken, ist aber während seines ganzen Lebens nie im Auslande gewesen.

Schon in der Jugend hat Patient an vielen Comedonen der Gesichts- und angrenzenden Kopfhaut gelitten, den Beginn des jetzigen Ausschlages datirt Patient auf dreissig Jahre zurück.

Schon seit 1876 wurde Patient, wie mir College Gerstein, der Leiter der chirurgischen Station des hiesigen städtischen Krankenhauses, mittheilt, wiederholt wegen seines chronischen Ausschlages aufgenommen und nach mehrwöchentlicher Behandlung wieder entlassen.

Patienten sah und beobachtete ich zum ersten Male im Jahre 1890 und nahm damals folgenden objectiven Befund auf.

Der 67jährige Patient ist von ziemlich schmächtiger Statur und auffallend dunklem Teint; ziemlich üppiger Haarwuchs, die Cilien nur spärlich vorhanden.

Patient ist im Grossen und Ganzen von recht gesundem Aussehen und dem entspricht sein subjectives Befinden. Linksseitige Hernia scrotalis.

An der äusseren Haut des Patienten fiel nun ein Ausschlag auf, dessen Gesammtbild auf keine der mir bekannten und bis dahin von mir

gesehenen Dermatonosen passte und dessen bestimmte Diagnose zu geben ich ausser Stande war. In mein Journal trug ich als Diagnosis per exclusionem gestellt Darier'sche Krankheit ein, glaubte jedoch dieselbe noch mit einem grossen Fragezeichen versehen zu müssen, bis die Diagnose auch durch das Mikroskop gestellt war und ferner bis ich die einschlägige Literatur genauer studirt hatte. Heute ist es für mich nach abgeschlossener Untersuchung absolut zweifellos, dass in der That ein Fall der so selten beobachteten und beschriebenen sogenannten Psorospermoni follicularis Darier's vorlag.

Das Exanthem war localisirt, ich besitze davon eine ziemlich gute Photographie, hauptsächlich am Stamm und zwar symmetrisch, griff auch über auf die angrenzenden Partien der oberen und unteren Extremitäten, mehr einzeln stehend fanden sich zahllose kleinere und grössere Erhebungen im Gesicht und auf der Kopfhaut neben auffallend vielen Comedonen. Bei Inspection der Schleimhäute fanden sich auch einzelne Erhebungen an der Schleimhaut des Mundes und zahlreichere oben auf der Zunge; im Uebrigen waren die Schleimhäute des Rachens und der Nase frei von Efflorescenzen. Wo die Efflorescenzen mehr isolirt stehen, imponiren sie schon bei der Inspection als knötchenförmige Erhebungen, am Stamme sind die Efflorescenzen zu grösseren Plateaus confluirt und besonders vorn in der Medianlinie sowie hinten längs der Wirbelsäule stehen diese Plateaus so dicht, dass sie eine nicht unterbrochene Fläche darstellen und sich nirgends Inseln gesunder Haut erkennen lassen.

Es soll besonders hervorgehoben werden, dass die Krankheit also theilweise auch die Schleimhäute (Zunge, Ober- und Unterlippe, sowie Wangenschleimhaut) mit ergriffen hatte. Schwimmer hebt betreffs des Falles seiner Beobachtung hervor, dass die Efflorescenzen sich auch auf den Meatus auditorius externus fortgesetzt hätten.

Die Nägel waren, während Boeck constant Veränderungen an den Nägeln fand, bei unserem Patienten vollständig gesund.

Neben diesen Knötchen und plateauförmigen Veränderungen an der äusseren Decke fielen im Gesicht, auf der Kopfhaut und im Nacken eine auffällig grosse Anzahl echter Comedonen auf. Ich bemerke von vornherein, dass ich diese Erscheinung nicht als besonders charakteristisch für die Darier'sche Krankheit hinstellen möchte.

Die Consistenz der Knötchen war eine feste und hatte man, wenn man mit der Handfläche über den Leib respective längs der Wirbelsäule herfuhr, das Gefühl, als glitte man über ein Reibeisen, wie dies ja übereinstimmend alle bisherigen Beobachter hervorheben.

Mit dem Nagel lassen sich leicht an den einzelnen Knötchen spitze Hornzapfen herausschälen.

Die Drüsen in den Leisten, den Axillae, am Halse und im Nacken sind in geringem Grade geschwellt, aber indolent.

Die inneren Organe sind intact; Appetit und Allgemeinbefinden gut.

Patient ist wiederholt von nach seiner Angabe intensivem Jucken geplagt.

Ueber die Behandlung und über den Verlauf der Erkrankung ist nur wenig zu sagen; es wurden die verschiedenartigsten Salben (Sublimat, Carbol, Salicyl, Theer, Pyrogallol, Chrysophan) versucht, ohne dass auch der geringste Erfolg beobachtet worden wäre.

Nach einigen Monaten wurde Patient entlassen, nachdem ich mir zuvor ein Stückchen der Haut des Rückens zur histologischen Untersuchung gesichert hatte.

Im April des folgenden Jahres fand ich Patienten wieder in der Hautstation des städtischen Krankenhauses vor.

Der Ausschlag war eigentlich genau derselbe geblieben, dagegen war das Allgemeinbefinden nicht mehr wie ehedem, indem Patient sehr viel über Verdauungsbeschwerden, sowie über Brechen und intensive Schmerzen in der Magengegend zu klagen hatte. Da die Schmerzen in den nächsten Wochen nicht nachliessen, im Gegentheil heftiger wurden, und Patient immer hinfälliger wurde, so lag der Verdacht eines Carcinoma ventriculi nahe, wie dies denn auch leider durch den weiteren Verlauf bis zum exitus letalis bestätigt wurde. Dass wir uns in Anbetracht der vorliegenden schweren Erkrankung darauf beschränkten, von Zeit zu Zeit die Haut mit milden Salben einzufetten, ist selbstverständlich, ausserdem hatte uns ja die Beobachtung vom vorigen Jahre hinreichend gelehrt, dass ein Erfolg nicht zu erwarten sei.

Der Tod trat während meiner Abwesenheit von Dortmund ein, so dass ich leider bei der Section nicht zugegen war; von den Assistenten des Krankenhauses wurde mir indess ein grosses Stück der Rückenhaut exstirpirt und für die mikroskopische Untersuchung in absolutem Alkohol aufbewahrt.

Es bestätigte die Autopsie die klinische Diagnose Carcinoma ventriculi, indem sich ein grosses circuläres Carcinoma pylori fand.

Dass es sich in unserem Falle um eine zufällige complicirende, innere Erkrankung handelte, die mit der äusseren Erkrankung nicht im geringsten etwas zu thun hat, bedarf wohl keines besonderen Hinweises. Es ist ja auch das übereinstimmende Urtheil aller Autoren, dass die Darier'sche Krankheit eine gutartige, wenn auch äusserst hartnäckige, jeglicher Therapie Widerstand leistende chronische Erkrankung der Haut ist.

Noch vor ganz kurzer Zeit fügte Pawloff[32]) den wenigen bisherigen Beobachtungen zwei neue Beobachtungen hinzu, gerade zu der Zeit, wo ich mit der Abfassung dieser Zeilen beschäftigt war und es ist mir somit die Möglichkeit geblieben, auch diese Arbeit noch mit zu benutzen. Pawloff sagt mit Recht über die klinischen Symptome, dass nach Aussage aller

Autoren das Krankheitsbild der Darier'schen Psorospermose so höchst charakteristische Eigenschaften darbietet, dass kaum eine Verwechselung mit etwas anderem möglich wäre.

Ferner ist bemerkenswerth die sehr plausible Ansicht desselben Verfassers, dass ganz gewiss die Darier'sche Erkrankung schon früher von anderen Dermatologen unter anderem Namen beschrieben worden sei (cf. p. 197).

Was ich noch besonders von meinem Patienten erwähnen möchte, ist das Mitbefallensein einzelner Schleimhäute (s. oben); es erinnerten mich die Knötchen in ihrer Erscheinung am meisten an einen Fall von Lichen der Schleimhaut, den ich in früheren Jahren zu sehen Gelegenheit hatte. Es hat mir leider von der erkrankten Schleimhaut nichts zur Verfügung gestanden, nichtsdestoweniger bin ich fest überzeugt, dass es sich um genau dieselben Erscheinungen handelte, wie an der äusseren Decke; im Allgemeinen erschienen die Schleimhautknötchen etwas flacher. Was die Charakteristik der Knötchen im einzelnen anlangt, so schliesse ich mich den von den früheren Beobachtern gegebenen Schilderungen vollständig an. Die Knötchen schwanken in der Grösse von der eines Stecknadelknopfes bis zu der eines Hanfkornes, sie tragen an der Oberfläche fest haftende Schüppchen, die sich als Hornzapfen darstellen; die Knötchen stehen theils isolirt, theils sind sie, und dies ist am Rumpf am stärksten der Fall, zu grossen Plateaus confluirt; wie auch im Boeck'schen Falle, ist fast die ganze Haut des Rückens sowie an Brust und Bauch dicht besetzt von Knötchen. Die frappante Aehnlichkeit des von uns beobachteten Krankheitsfalles mit der in der Boeck'schen Abhandlung gegebenen Abbildung musste jedem, der den Patienten sah, auffallen.

In den Fällen von Krösing und Petersen erstreckte sich die Erkrankung nur auf ganz umschriebene Hautpartien.

Klinisch bietet, wie wir aus dem von uns mitgetheilten Fall, sowie nach den bisherigen Veröffentlichungen sehen, die Darier'sche Erkrankung so auffällige Symptome dar, dass nicht der geringste Zweifel darüber entstehen kann, dass wir es mit einer neuen, bisher respective bis zu Darier's Publication nicht gekannten Hauterkrankung zu thun haben. Wir sehen hier ab von den Veröffentlichungen, die bereits früher ähnliche

Erkrankungen unter anderem Namen beschrieben haben. Die klinische Diagnose kann, wenn man das Krankheitsbild nur einmal gesehen hat, unmöglich Schwierigkeiten machen. Und ebenso wohl charakterisirt und unterschieden von anderen Hautaffectionen sind, wie gleichfalls alle Autoren hervorheben, die pathologischen Veränderungen bei Untersuchung mikroskopischer Schnitte.

Wir haben sehr zahlreiche Schnitte untersucht und dieselben nach den verschiedensten Färbemethoden behandelt, um eine möglichst gute Vorstellung von den pathologischen Veränderungen am eigenen Material zu bekommen und um die bekannten Darier'schen Körperchen recht schön zur Darstellung zu bringen. Versucht wurde Löffler's Methylenblau, Carbolfuchsin, Hämatoxylin (ganz schwache Lösung und Färbung mehrere Tage lang; Karg), Doppelfärbung mit Hämatoxylin und Eosin, Eosin allein, Saffranin, Bismarckbraun, Pikrocarmin, Dahlia und Dahlia Alauncarmin.

Die besten Bilder erhielten wir nach Karg's Hämatoxylinfärbung und durch Färbung mit Pikrocarmin und nachfolgender Einbettung in Glycerin (Boeck) oder Canadabalsam.

Während Darier pathologisch anatomisch die Läsion hauptsächlich in den Talgdrüsenapparat verlegt, haben alle Autoren, die sich nach ihm mit der Krankheit befasst haben, eine durchaus abweichende Auffassung, sie stimmen aber alle darin überein, dass es sich um eine in der Epidermis localisirte und sämmtliche Schichten derselben treffende Gewebshyperplasie handelt. Diese letztere nimmt an Intensität zu von der Cutis nach dem Stratum corneum, welches letztere in zahlreichen Schichten übereinander gelagert ist; dabei erscheint, wie wir an allen Präparaten constatiren konnten, die Hornschicht lamellenartig geschichtet, zwischen den Lamellen schmälere Zwischenräume lassend.

Die auffälligsten und für die Diagnose höchst wichtigen Veränderungen der Epidermis bieten sich uns dar an den Stellen, wo wir die Entwickelung eines Epithelknötchens beobachten, d. h. da, wo es zu einer ganz excessiven Hornbildung gekommen ist und es für den ersten Blick so aussieht, als ob ein harter Hornzapfen oder Hornpflock wie ein Keil nach unten

in die weiche Malpighische Schicht hineingetrieben wäre. Das auffälligste und sonst keiner Erkrankung zukommende Charakteristicum der Knötchenefflorescenz, das sich constant nachweisen lässt, kommt dadurch zustande. Die welligen Contouren zwischen Cutispapillen und den Papillen des Rete verstreichen zu einer nach unten convexen Bogenlinie; am Rande der Efflorescenz erscheinen die Papillen verlängert. Diese Erscheinungen sind aber deshalb wesentlich, weil sie bei keiner anderen Parakeratose beobachtet werden und deshalb von Bedeutung für die Diagnose besonders in zweifelhaften Fällen, denn wir werden sehen, dass die sonstigen Erscheinungen resp. histologischen Details auch bei anderen Affectionen beobachtet worden sind. Nächstdem ist, wenn ich so sagen darf, bereits bei grober Besichtigung der Schnitte auffallend, dass an den Knötchen die Hornbildung bis in die tiefsten Schichten des Rete Malpighi sich fortsetzt. Von Boeck wurde gleichfalls als charakteristisch und bei grösseren Efflorescenzen nie fehlend hervorgehoben die Bildung sogenannter Lacunen, wie wir sie auch an unseren Präparaten vorgefunden haben. Wir schliessen uns der Ansicht Petersen's, dass es sich um Kunstproducte handelt, an; bei den von mir durchmusterten Schnitten waren sie einmal keine constante Erscheinung, dann aber fanden sie sich, wenn auch nicht grade so in die tieferen Schichten des Rete hinreichend, fast ganz analog bei Schnitten durch einen echten Hornkrebs, den wir vergleichsweise untersucht haben.

Wenn wir nun unsere Präparate bei schwacher Vergrösserung weiter durchmustern, finden wir die Zellen der Cylinderschicht auffallend stark pigmenthaltig (Boeck), während in dem Falle von Buzzi und Miethke das Pigment sich an ganz umschriebenen Stellen des Stratum cylindricum vorfand. Pigmentablagerungen fanden sich gleichfalls in den obersten Theilen der Cutispapillen; am deutlichsten traten diese Verhältnisse hervor an Präparaten, die mit Dahlia gefärbt waren.

Verfolgen wir nun den Schnitt weiter nach dem Corium und den subcutanen Papillen, so konnten wir kleinere und auch einzelne grössere Herde kleinzelliger Infiltration um die Gefässe herum und gleichfalls um die Knäuel der Schweissdrüsenconglomerate constatiren (Krösing, Petersen). Im

Uebrigen fand sich an der Cutis und dem subcutanen Gewebe nichts Abnormes. Haarbälge, Talgdrüsen schienen in keiner Beziehung zu den erwähnten Knötchenefflorescenzen zu stehen und waren normal.

Bei Inspection mit stärkerer Vergrösserung sind an unseren Schnitten, indem wir vorläufig noch absehen von der Lagerung und den Bildungen der von Darier beschriebenen „corps ronds“ und „grains“, folgende Punkte hervorzuheben. Die Hornschichten sind ungemein verbreitert, in ihrem Zusammenhang gelockert, lamellenartig übereinander geschichtet, hie und da eingesprenkelt, finden sich grosse kernlose, stark lichtbrechende Zellen, die wir noch im Zusammenhang mit der Darier'schen Zellen beschreiben werden; die Hornlamellen ragen vielfach sehr tief in das Rete Malpighi hinein; die drei folgenden Schichten des Reti Malpighi sind überall da, wo es nicht zur Bildung eines Hornpflockes gekommen ist, gut abzugrenzen und hyperplastisch; die Zellen des Stratum granulosum zeigen Eleidin, am stratum dentatum ist der Stachelsaum nur zuweilen erhalten und das Protoplasma der Zellen des Stratum cylindricum ist auffallend stark pigmenthaltig. Die Papillen der Cutis erscheinen besonders da, wo sie Hornpflöcke begrenzen, in die Länge gezogen und sehr oft dendritisch verzweigt. Wir hoben bereits hervor, dass sich Herde kleinzelliger Infiltration vorfanden um die Gefässe der Cutis und im periglandulären Gewebe der Knäueldrüsen. Nach Untersuchung bei starker Vergrösserung können wir hinzufügen, dass sich weder vom Epithel noch Endothel der Drüsenschläuche ausgehend Veränderungen wahrnehmen liessen hyperplastischer Art; am Endothel keine Vergrösserung oder Proliferation, auch keine Zeichen der Degeneration; dasselbe gilt vom Epithel.

Buzzi und Miethke fanden zuweilen cystische Erweiterung der Ausführungsgänge einzelner Knäueldrüsen in der Höhe der Hornschicht; bei den Boeck'schen Fällen wurden die Schweissdrüsen in der Regel normal gefunden; aber nichts destoweniger scheinen nach Boeck die Schweissdrüsenmündungen speciell zur Bildung der Hornzapfen Veranlassung geben zu können. Auch wir fanden widerholt, dass Drüsenausführungsgänge in die Lacunen einmündeten, ohne dass am Epithel der-

selben das geringste Abnorme aufzufinden gewesen wäre; aber ebenso oft sahen wir Schweissdrüsenausführungsgänge, ohne dass es zur Bildung des Hornpflockes gekommen wäre; wir haben daher nach unseren Untersuchungen nicht die Ueberzeugung gewinnen können, als wenn die Schweissdrüsenausführungsgänge in irgend welchem Causalnexus ständen zur Bildung der bekannten Hornzapfen.

Auch bezüglich der Auffassung, dass Haarbälge und Talgdrüsen zu der Hyperplasie und Parakeratose bei Darier's Erkrankung nicht im geringsten ätiologisch von Bedeutung seien, können wir uns der übereinstimmenden Ansicht aller Autoren anschliessen.

Zum Schlusse unserer Erörterungen kommen wir zur Deutung der von Darier als Parasiten beschriebenen Zellen. Wir haben unsere Präparate an der Hand des Petersen'schen Schemas einer nochmaligen Durchmusterung unterzogen und müssen nach alledem gestehen, dass uns die Deutung dieser Gebilde als verschiedene Stadien der Degeneration resp. Verhornung der Epithelzellen am wahrscheinlichsten zu sein scheint im Gegensatz zu der doch sehr problematischen und keineswegs durch ausreichende und beweiskräftige Argumente gestützten parasitären Theorie.

Es gelang uns mit leichter Mühe aus unseren mikroskopischen Bildern die verschiedenen Typen, wie sie Petersen beschreibt, herauszufinden und wir haben dieselben in bestimmter Reihenfolge, um die Entwicklung bis zur völligen Verhornung zu demonstriren, gleichfalls kurz skizzirt. Es ist da in der That leicht herauszusehen, dass die grossen Zellen Varianten darstellen, die ihren Endpunkt in der vollständigen Verhornung der Zelle finden. Wir verweisen besonders auf die Deductionen der in der Doutrelepont'schen Klinik ausgeführten Arbeit Petersen's, deren wesentlichstes Verdienst es ist, die von den früheren Autoren geäusserte Ansicht, es handle sich bei jenen Gebilden um Zeichen der Degeneration (Boeck, Krösing, Pawloff, Buzzi und Miethke etc.), mit stichhaltigen Gründen gestützt und auf eine sehr plausible Art erklärt zu haben. Es liegt in der Natur der Sache und ist vielleicht auch ein Beweis für die Richtigkeit der Voraussetzung degenerativer Vorgänge innerhalb

der Epithelzellen, dass man im Allgemeinen die höheren Stadien der Verhornung und die weniger differenzirten grossen Zellen ganz entsprechend auch in den höheren verhornten Schichten findet, wie dies aus unserer Abbildung (Fig. 1) hervorgeht.

Gerade als wir mit den Untersuchungen zu dieser Arbeit beschäftigt waren, bot sich uns die Gelegenheit ein Epithelioma corneum zu untersuchen. Es handelte sich um eine Patientin, bei welcher sich an dem durch eine Verletzung arg verstümmelten linken Vorderarm — von den Fingern war nur ein Rudiment des Zeigefingers übrig geblieben — im Bereich der Narben ein Epithelioma entwickelt hatte; in der nächsten Nähe des Epithelioma fanden sich in gesunder Haut mehrere Hornwarzen, etwa von der Grösse eines Zwanzigpfennigstückes, die sich bei der histologischen Untersuchung entsprechend der klinischen Diagnose als epitheliomatös erwiesen. Es ist derselbe Fall, den wir oben schon gelegentlich der Besprechung der Boeck'schen Lacunen angeführt haben. In diesen Schnitten nun fanden wir zahlreiche Zellen, die grosse Aehnlichkeit mit den Darier'schen corps ronds und grains zeigten und vor Allem auch wiederum wunderschön sich in das Petersen'sche Schema mit Mantel- und Kernring hineinpassen liessen.

Wir fanden in unseren Präparaten auch Einschachtelungen verschiedener Zellen in einen gemeinsamen Mantelring, wie dies Petersen beschrieben hat. Es handelt sich bei diesen Gebilden nicht etwa um intracellulär gelegene Psorospermien, sondern, wie wir behaupten möchten, um die Analogie der von Ribbert bei Carcinomen beschriebenen Processe der Einschachtelung von Zellen, die sich bei dem weicheren Protoplasma der Carcinomepithelien naturgemäss viel zahlreicher vorfinden, wie bei Zellen, die einer Hyperkeratose anheimgefallen sind. Wie unsere Abbildungen (Fig. 3) zeigen, fehlen sie hier auch nicht gänzlich.

Wir kommen in nochmaliger Erwägung der klinischen Daten unseres Falles von Darier'scher Parakeratose und nach den Resultaten der histologischen Untersuchungen, die im Grossen und Ganzen im Einklang stehen mit denen früherer Autoren (Boeck, Buzzi und Miethke, Krösing, Pawloff, Petersen), zu der Auffassung, dass allerdings eine besondere

neue wohlcharakterisirte Erkrankung vorliege, dass jedoch Darier's Vermuthung resp. Behauptung, dieselbe sei durch Psorospermien in der Haut verursacht, sich als nicht den Thatsachen entsprechend herausgestellt hat.

Es liegt hier aber auch klinisch die Sache ganz anders wie etwa beim Molluscum contagiosum, das einen acuten und entschieden infectiösen Process darstellt. Es wäre ja nicht unmöglich und ist sogar zu erwarten, dass über kurz oder lang sich doch hier der Krankheitserreger in der einen oder anderen Form sei es als thierischer oder pflanzlicher Parasit auffindet. Für das Carcinom sind gleichfalls vorderhand die Erwartungen, man habe die letzte Ursache dieser Krankheit in Psorospermien ähnlichen Gebilden gefunden, getäuscht worden. Ueber die Paget'sche Erkrankung sind ebenso die Acten noch nicht geschlossen, da bezüglich der klinischen Deutung noch so grosse Differenzen herrschen.

Literatur.

1. Neisser, über das Epithelioma (sive Molluscum) contagiosum. Vierteljahresschrift für Dermatol. und Syphilis. 1888, p. 553 ff.

2. L. Török und P. Tommasoli. Ueber das Wesen des Epithelioma contagiosum. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. X, p. 149 ff.

3. Pick. Verhandlungen der Deutschen dermatol. Gesellschaft 1891, p. 76 ff.; ebenda Touton, Ehrmann, Neumann, v. Sehlen, Kaposi.

4. Kromayer. Die Histologie der Molluscumkörperchen. Dermat. Vereinigung zu Berlin, Sitzung vom 14. März 1893.

Kromayer. Die Histogenese der Molluscumkörperchen. Virchow's Archiv. 132. Band, 1893.

5. Doutrelepont. Virchow's Archiv, Bd. 45, p. 501.

6. Pfeiffer. Die Protozoen als Krankheitserreger. Jena 1890. Zeitschrift für Hygieine, 3, 4, 5, 6, Band VIII und Correspondenzblatt des allgem. ärztlichen Vereins für Thüringen 1888.

7. Karg. Ueber das Carcinom. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 34, p. 133 ff.

8. Eberth. Fortschritte der Medicin 1890, p. 657.

9. Ribbert. Ueber Einschlüsse im Epithel der Carcinome. Deutsche medicinische Wochenschrift 1891, Nr. 42.

10. Schütz. Ueber die protozoen- und coccidienartigen Mikroorganismen in Krebszellen. 1890. Münchener medic. Wochenschr. Nr. 35.

11. Siegenbeck von Heukeloom. Verhandlungen des X. internat. medicin. Congresses und Archiv für pathologische Anatomie 1890, Nr. 20. Ueber intracelluläre Gebilde bei Carcinom.

12. Kiener. Bedeutung gewisser pathologischer epidermoidaler Gebilde, welche mit Psorospermien verwechselt werden könnten. Verhandlungen des X. internat. medic. Congresses. Berlin 1890.

13. Marchand, ebenda.

14. Steinhaus, ebenda und Ueber Carcinomeinschlüsse. Virchow's Archiv. Band 126, p. 533. 1891.

15. Firket. Verhandlungen des X. internationalen med. Congresses. Berlin 1890.

16. Korotneff. Rhophalonphalus carcinomatosus, Krebsparasit. Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. XIII. Band, p. 373.

17. Paget. St. Bartholomaeus Hospital reports. 1874.

18. Wickham. Ueber die sogen. Paget'sche Krankheit. Thèse de Paris. 1890.

19. Pospelow, ebenda. Tarnowsky. Congress der Aerzte in Moskau. 1890.

20. Török. Die protozoenartigen Gebilde des Carcinoms und der Paget'schen Krankheit. Monatshefte für prakt. Dermat. Bd. XVI, p. 209 ff.

21. Kaposi. Lehrbuch der Hautkrankheiten. 3. Aufl. p. 485.

22. Darier. Internat. Congress für Dermat. und Syphilis 1889 und Intern. Atlas seltener Hautkrankh. Heft 8.

23. Ebenda Wickham; conf. Nr. 17 des Lit.-Verz.

24. Boeck. Internat. Congress für Dermatologie. Paris 1889 und „4 Fälle von Darier'scher Krankheit". Archiv für Dermatol. und Syphilis. 1891, p. 857 ff.

25. Mansurow. Vorstellung eines Falles von Darier'scher Krankheit auf dem Congress der Aerzte in Moskau 1890.

26. Zeleneff. The Brit. Journ. of Dermatol. 1891. 267.

27. Buzzi u. Miethke. Ueber die Darier'sche Dermatose. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Nr. 1 und 2. 1891.

28. Schwimmer. Ein Fall von Psorospermosis cutanea, vorgestellt im ärztlichen Verein zu Budapest 1891 und Krankenbericht, verlesen von Neisser über diesen Fall auf dem Deutschen Dermatologen-Congress 1891. Siehe Verhandlungen der Deutschen dermatolog. Gesellschaft 1891 p. 76 ff.

29. Krösing. Monatshefte für prakt. Dermat. Band XV, p. 488 ff.

30. Lustgarten. On Psorospermoni follicularis. Journal of cutan and gen.-urinary diseases. January 1891. Diesen Fall stellte Lustgarten

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fabry: Über Psorospermien bei Hautkrankheiten.

auf dem internat. Berliner Congresse vor und er wurde auch abgehandelt von Bulkley, Med. News, 1890. Heft 8.

31. Walther Petersen. Ueber die sog. Psorospermien. Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. Band XIV. Nr. 15.

32. Pawloff. Zur Frage der sog. Psorospermose folliculaire végétante Darier. Ergänzungshefte zum Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1893. II. Heft, p. 195 ff.

33. Josef Frank Pagne. Ueber einen papulösen acneförmigen Ausschlag mit colloiden Massen wie diejenigen des Molluscum contagiosum. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Band 14, p. 63.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel XIII.

Fig. 1. Leitz Objectiv IV. Ocular I. *a* Str. corneum, *b* Str. Malpighi, *c* Str. cylindricum, *d* Herde kleinzelliger Infiltration, *x* Boeck'sche Lacune.

Fig. 2. Leitz Objectiv VII. Ocular I. *a* Str. cylindricum, *b* Stratum denetatum, *c* Str. granulosum mit Keratohyalinkörnern, *d* Str. corneum, *e* Darier'sche Zellen, *x* Boeck'sche Lacune.

Fig. 3. Objectiv VII. Ocular III. *A*. 1. Petersen's Schema: *a* Kern, *b* Kernring, *c* Keratohyalinschicht, *d* Mantelring. 2. und 3. Zellen mit starkem Mantelring. 4. u. 5. Zellen mit starkem Kernring. 6. Endstadium der Verhornung. *B*. 1., 2., 3., 4. Verschmelzung zweier Zellen in einen gemeinsamen Mantelring. 5., 6. Typen der Einschachtelung.

Ein Fall von Tuberculosis cutis verrucosa.

Von

Dr. **Julius Heller**, Assistenten des Prof. Dr. G. Lewin.

und

Dr. **Karl Hirsch**, Assist. am Charlottenburger Krankenhaus.

(Hierzu Taf. XIV.)

Seitdem im Jahre 1886 Riehl und Paltauf (Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis) das Krankheitsbild der Tuberculosis cutis verrucosa gezeichnet haben, ist die Zahl der veröffentlichten Fälle und vor Allem die der Abbildungen eine verhältnissmässig kleine. Durch das Entgegenkommen des dirigirenden Arztes des Charlottenburger Krankenhauses Herrn Dr. Alt sind wir in der Lage, die Casuistik um einen interessanten Fall bereichern zu können. Wir sprechen Herrn Dr. Alt für die Erlaubniss zur Veröffentlichung der Krankenbeobachtung unseren besten Dank aus.

Krankengeschichte (Dr. Hirsch).

Karl R., 37 J., Schlosser.

Anamnese. Der Vater und die älteste Schwester des Pat. sind an Schwindsucht gestorben. Als Kind hat Pat. nur Masern gehabt; 1875, in seinem 19. Lebensjahr, bekam er zuerst eine Lungenblutung, lag aber nur 3 Wochen krank und konnte nachher seinem Gewerbe als Schlosser wieder nachgehen. 1879 wiederholte sich die Lungenblutung; in den 80er Jahren hat er nur ganz vorübergehend gekränkelt und stets in seinem anstrengenden Gewerbe als Schlosser gut arbeiten können. Ende der 80er Jahre bemerkte er auf der Innenfläche der linken Hand, zwischen Daumen und Zeigefinger, einen Ausschlag, der mit Bildung kleiner Warzen anfing, und sich langsam, aber beständig, der Fläche nach ausbreitete; Februar 1892 suchte er wegen Verschlimmerung seines Lungenleidens die Charité auf; hier wurde dieser Ausschlag bemerkt und von v. Bardeleben

exstirpirt. Nach 10 Tagen war die Wunde bis auf eine kleine Stelle, welche noch eiterte, verheilt. Aber bereits nach 5—6 Wochen bemerkte Pat. an derselben Stelle wieder das Hervorwuchern kleiner Wärzchen. Seitdem hat sich der Ausschlag peripherisch beständig vergrössert. Im Juni 1892 zeigte sich der gleiche Ausschlag auch am Endglied des Daumens der rechten Hand. Die Affection schmerzte mitunter und war dem Patienten bei der Arbeit hinderlich. Seit Anfang dieses Jahres verschlimmerte sich sein Lungenleiden wieder, es stellten sich Lungenblutungen ein. Pat. war von der Zeit an arbeitsunfähig. Vor 10 Wochen biss er sich aus Versehen in die Zunge; die kleine Wunde heilte nicht; es entstand ein Geschwür, welches beim Essen Schmerzen verursachte. Seit 1/4 Jahr ist der Pat. heiser. Im Juni 1893 suchte der Pat. das Charlottenburger Krankenhaus auf.

Status praesens. Mittelgrosser, kräftig gebauter Mann, der ziemlich stark abgemagert ist — Stimme stark belegt — Thorax flach und lang; Athmung sehr oberflächlich, beschleunigt. — Beide Fossae infraclaviculares sind eingesunken, besonders die rechte. Beide Spitzen geben gedämpften Percussionsschall — R. V. erstreckt sich die Dämpfung bis zur Höhe der 3. Rippe. Die untere Lungengrenze steht rechts vorn am unteren Rand der 5. Rippe — das Athemgeräusch ist über der rechten Spitze deutlich bronchial, über der linken vesiculär mit Rasseln auf der Höhe des Exspiriums. R. V. O. bis zur 4. Rippe reichliches feuchtes Rasseln, weiter unten stark abgeschwächtes Athmen. Hinten ist über der Fossa supraspinata dextra deutliche Dämpfung mit scharfem bronchialen Athmen, das sich auch noch auf die Fossa infraspinata erstreckt. Hier hört man auch kleinblasiges feuchtes Rasseln, R. H. U. abgeschwächtes Athmen und spärliches Rasseln. Der sonstige klinische Befund der Brust und Unterleibsorgane ergibt normale Verhältnisse. Temper. 37. Gewicht 57·5 Kgr.

Am linken Zungenrand, nahe der Zungenspitze (2 Cm. von derselben entfernt), ein mässig tiefes, 1 Cm. langes, 1/2 Cm. breites Geschwür mit etwas überragenden, unregelmässigen, meist abgerundeten Rändern, dessen Grund, wie Ränder von deutlich sichtbaren grauweissen, durchscheinenden miliaren Knötchen besetzt sind.

Auf der Volarfläche der linken Hand, den ganzen Thenar einnehmend und sich einerseits auf die Hautpartie zwischen Daumen und Zeigefinger bis in die Nähe des Dorsum, andrerseits mit einem kleinen Zipfel auf die radiale Seite der ersten Phalanx des Daumens erstreckend, besteht ein eigenthümlicher Hautausschlag. Die centrale Partie derselben, in der Grösse eines 5Markstücks, wird von glatter, dünner, atrophischer, narbig aussehender Haut eingenommen, auf welcher die feinen Riffelungen völlig verschwunden sind. Diese Partie wird von einer, theils aus spitzen, theils aus stumpfen Wärzchen bestehenden Wucherung begrenzt. Die Warzen stehen stellenweise vereinzelt, sind aber gewöhnlich in grösseren Beeten angeordnet. Die Begrenzung ist unregelmässig, guirlandenförmig, meist ihre Concavität dem Centrum zukehrend. Die stärkste

Anhäufung der warzigen Excrescenzen befindet sich in der Hautfalte zwischen Zeigefinger und Daumen. Die Farbe der Warzen ist schmutzig gelb, zuweilen braungelb. Die einzelnen Excrescenzen sitzen ziemlich fest in der Haut, lassen sich jedoch bei Anwendung von einiger Gewalt mit dem Fingernagel entfernen. Nach dieser Irritation sickert aus dem Gewebe etwas Flüssigkeit hervor. Um die Wucherungen befindet sich eine Zone blau-roth gefärbter Haut. (Auf diese deutlich ausgesprochene entzündete Umgebung der Wärzchen sei besonders hingewiesen.) Ausser dieser Affection befindet sich an der ulnaren Fläche des Endgliedes des rechten Daumens, etwas auf die volare Fläche übergreifend, eine ca. 5Pfennigstück grosse Wucherung, aus dicht nebeneinander stehenden, breiten, das Hautniveau deutlich überragenden Wärzchen bestehend, im übrigen von genau der gleichen Beschaffenheit, wie die vorhin erwähnte Partie.

Die Stelle am Daumen ist auf Druck empfindlich. Eiternde oder nässende Stellen finden sich nirgends, sollen aber nach Angaben des Kranken bestanden haben, sobald er die Hände bei der Arbeit benutzte.

Am Kehlkopf lässt sich Verdickung der Epiglottis, intensive Röthung und Schwellung sowohl des Larynxeingang, wie der gesammten sichtbaren Larynxschleimhaut constatiren. Die Spitze des r. Aryknorpels ist ödematös geschwollen, stark vergrössert, tumorartig hervorspringend. Von den falschen Stimmbändern ist besonders das rechte stark infiltrirt, mit einem kleinen Ulcus versehen. Die wahren Stimmbänder sind stark geröthet, aber ohne Geschwüre.

Pat. klagt über lebhafte Schling- und Schluckbeschwerden.

Sputum schleimig-eitrig, geballt, zeitweilig mit kleinen Blutstreifen, 5—8 Esslöffel pro Tag, enthält reichlich Tuberkelbacillen.

Die Therapie war selbstverständlich rein symptomatisch. Bei dem schlechten Allgemeinbefinden war es unangebracht, auch nur den Versuch zu machen, die den Kranken gar nicht belästigende Hautaffection therapeutisch zu beeinflussen. Zur Untersuchung wurde in vivo ein Stück exstirpirt. Bei dieser Probe-Excision wurde zur Schliessung der kleinen Wunde Jodoform verwandt; es schien, als wenn nach der Anwendung desselben die Wärzchen sich verkleinerten, als wenn auch hier die specifische Wirkung des Jodoforms auf das tuberculöse Gewebe sich kundgab.

Der Verlauf des Lungenleidens bietet wenig Interessantes. Am 16. Juli 1893 trat, nachdem einige Tage vorher die Temperatur auf 40° gestiegen war, der Exitus ein.

Section (Dr. Hirsch). Aus dem Sectionsprotokoll heben wir nur die allerwichtigsten Organveränderungen hervor.

Rechte Lunge. Die Spitze ist so fest mit der Thoraxwand verwachsen, so dass ihre Herausnahme nur mit der Pleura pulmonalis zusammen gelingt. Lunge selbst hochgradig verkleinert, die Lappen untereinander verwachsen. An der Spitze bildet die Pleura pulmonalis mit der costalis zusammen eine ca. 2 Cm. dicke gelatinöse Schwarte. Oberlappen völlig luftleer, schiefrig indurirt, von zahlreichen narbigen Partien durchsetzt.

Im Mittellappen eine wallnussgrosse Caverne; der Unterlappen ebenfalls fast völlig luftleer; auf der Schnittfläche zahlreiche miliare und grössere käsige Herde.

Linke Lunge hypervoluminös, im Unterlappen gut lufthaltig; an der Aussenfläche des Oberlappens eine tief eingezogene narbige Partie. Beim Betasten sind in der ganzen Lungensubstanz zahlreiche grössere und kleinere Knoten durchfühlbar. Oberlappen stark schiefrig indurirt, in ihm eine wallnussgrosse, von einer weisslichen Membran ausgekleidete Caverne. — Der Unterlappen, braunroth, enthält nur spärlich käsige Herde — die Lymphdrüsen am Hilus und längs der grösseren Bronchien sind schiefrig indurirt.

In Milz, Nieren, Leber, Darm keine auf Tuberculose zu beziehende Veränderungen.

Auf der Zunge befindet sich das oben genauer beschriebene Ulcus tuberculosum.

Kehlkopf. An der hintern Fläche der Epiglottis und zwar mehr an der Basis beginnt eine Wucherung, welche fast den ganzen Introitus bis zu den Taschenbändern einnimmt. Die Wucherungen sind grauweiss bis grauroth, an der Oberfläche zerklüftet, von Linsen- bis Stecknadelkopfgrösse. Auf einem falschen Stimmbande eine kleine Ulceration. Unterhalb der Glottis bis tief in die Trachea hinein kleinere und grössere tuberculöse Ulcerationen.

Höchst interessant war die wahrscheinliche Entstehungsgeschichte der Handaffection. Der Patient pflegte bei seiner Arbeit, um die glatten Instrumente besser halten zu können, sich in die linke Hand zu spucken und mit der rechten den Speichel zu verreiben. Mit der Klarheit eines Experimentes sind alle Bedingungen zur Infection gegeben.

Die Haut eines seit Jahren tuberculösen Mannes darf wohl als ein geeigneter Nährboden für das Gedeihen der Tuberkelbacillen betrachtet werden. Eingangspforten, in Gestalt kleiner Risse und Schrunden, hat der Kranke als Schlosser natürlich genügend gehabt. Tuberkelbacillen enthielt das Sputum und dem entsprechend der Speichel in ausreichender Menge. Wie infectiös der Speichel gewesen ist, geht wohl am besten daraus hervor, dass eine vom Speichel umspülte, an sich ganz unbedeutende Bisswunde der Zunge sich in ein tuberculöses Geschwür umwandelte. Diese infectiöse Flüssigkeit wurde durch das Verreiben des Speichels in den Handflächen durch die Risse der Haut in die Lymphbahnen des Gewebes gewissermassen hineingepresst. Wir halten diese Entstehungsweise der

Hauttuberculose in unserem Falle für um so wahrscheinlicher, als die Affection gerade an denjenigen Stellen der Hohlhand entstanden ist, in welche beim Verreiben des Speichels, wie man sich leicht überzeugen kann, die Flüssigkeit mit der grössten Gewalt gepresst wurde.

Es erschien uns von Bedeutung, genau auf die Entstehung der Hauttuberculose in unserem Falle hinzuweisen, zumal da analoge Beobachtungen in der Literatur uns nicht bekannt sind.

Mikroskopische Untersuchung. (Dr. Heller.)

Zur mikroskopischen Untersuchung wurden sowohl in vivo exstirpirte Hautstücke, als auch Theile von der bei der Section völlig herausgeschnittenen erkrankten Hautpartie verwendet. Die Härtung geschah in Alkohol und theilweise in Müller'scher Flüssigkeit, die Einbettung meist in Paraffin, seltener in Celloidin. Abgesehen von der Höhe der warzigen Efflorescenzen boten die mikroskopischen Bilder der verschiedenen Hautstücke wenig Verschiedenheiten dar, so dass die Darstellung auf die Gesammtaffection bezogen werden kann.

Zur Färbung wurde Alaun-Carmin, Borax-Carmin, Haematoxylin, Eosin-Haematoxylin, Orceïn, die Ehrlich'sche Mastzellenfärbung, die Ehrlich'sche Triacidlösung (Grübler), Ziehl'sches Carbol-Fuchsin-Methylenblau verwendet.

Bei der Beschreibung von Hautaffectionen ist es allgemein üblich, mit der Schilderung der obersten Schicht zu beginnen und allmälig zu der tiefer gelegenen überzugehen. Wir möchten um der Klarheit der Darstellung willen von diesem Schema abweichen und gleich mit der charakteristisch erkrankten Partie der Haut uns beschäftigen.

Das ganze Corium bis zum Unterhautfettgewebe zeigt eine starke Vermehrung der Kerne; zweifellos liegt eine allgemeine entzündliche Reizung vor. Dementsprechend erscheinen auch die Gefässe strotzend mit Blut gefüllt, an vielen Stellen erweitert zu sein. An den Capillaren kann man deutlich den Austritt der Leucocythen beobachten. Besonders auffällig ist das Bild in der Gegend der später näher zu beschreibenden Tuberkel. Wie Leitfäden ziehen die erweiterten Capillaren aus der Tiefe des Coriums zu dem Tuberkel hin. Die grösseren

Gefässe, vor allem die im senkrecht auf ihrer Längsaxe verlaufenden Querschnitt getroffenen, haben stark verdickte Wände, in denen eine Kernvermehrung zu constatiren ist. Elastische Fasern, die bei Anwendung der Tänzer-Unna'schen Orceinfärbung recht deutlich hervortreten, fanden sich in den tieferen Schichten der Cutis wohl in normaler Menge; in den eigentlich vorwiegend erkrankten subpapillären Theil der Lederhaut waren sie entsprechend der tuberculösen Neubildung fast ganz zu Grunde gegangen. Während man zwischen dem tuberculösen Gewebe noch deutlich in mit Triacidlösung gefärbten Präparaten kleine feine Züge von Bindegewebe — kenntlich an der rothen Färbung der Bindegewebe überhaupt inmitten der grün tingirten Rundzellen — erkennen konnte, fehlten elastische Fasern, die in den Triacidpräparat sich durch ihre Brechungsverhältnisse, in den Orceïnschnitten durch ihre Tinction hätten bemerkbar machen müssen. Auch Mastzellen konnten im Bezirk des tuberculösen Gewebes nicht gefunden werden, während sie in dem Corium zwischen den Schweissdrüsen und dem subpapilaren Theil der Haut recht zahlreich sich fanden. Es sei bemerkt, dass die Mastzellen auffällig schön in den auf Tuberkelbacillen mit Carbolfuchsin-Methylenblau gefärbten Schnitten hervortraten. Ob hier eine Vermehrung oder Verminderung der Mastzellen vorlag, ist nicht zu entscheiden, da bisher jeder Massstab für das Normale fehlt.

Die Schweissdrüsen erschienen in unseren Präparaten sehr gut entwickelt und völlig unverändert. Die grosse Zahl derselben ist wohl auf die Eigenart der untersuchten Hautpartien (Vola manus) zurückzuführen. In Folge der anatomischen Beschaffenheit unseres Untersuchungsobjectes können wir Beobachtungen über Talgdrüsen und Haare nicht mittheilen.

Die charakteristischen Veränderungen finden sich, wie auch Riehl und Paltauf hervorheben, in der Papillar- und Subpapillar-Schicht. In der letzteren liegen Gebilde, die man ohne weiters als Tuberkel bezeichnen kann. Unmittelbar unter dem Retezapfen finden sich grosse Infiltrate, die aus Rundzellen bestehen, die sich in den peripherischen Schnitten wenig von den Leucocythen unterscheiden. In den centralen Theilen werden die Zellkerne spindelförmig, die einzelne Zelle besitzt

mehr Protoplasma. Im Centrum sind Zellen mit gut färbbaren Kernen nur spärlich vorhanden, dagegen wiegt eine bröcklige Masse vor. Letztere färbt sich prächtig mit Eosin roth und tritt damit in einen scharfen Gegensatz zu den mit Haematoxylin intensiv blau tingirten Kernen. Vom Bindegewebe unterscheidet sich diese Substanz durch die mangelnde Structur. Es sei erwähnt, dass bei Tricacidfärbung diese Masse ungefärbt bleibt, während das Bindegewebe und speciell die einzelnen im Tuberkel resistirenden Bindegewebszüge stark roth tingirt werden. Zweifellos stellt diese bröcklige Substanz den verkästen Theil des Tuberkels dar. Gelegentlich, durchaus jedoch nicht regelmässig konnten in den verkästen Partien Riesenzellen nachgewiesen werden. Dieselben hatten 10—12 wandständige Kerne. Ausser diesen, wir möchten sagen, organisirten Tuberkeln, finden sich noch Infiltrate, Ansammlungen von Rundzellen, von ganz unregelmässiger Form. Zuweilen sind die stark entwickelten Papillen infiltrirt, zuweilen sind in der subpapillären Schicht der Cutis längere, im Schnitt parallel zur Hautoberfläche verlaufende Partien völlig mit Rundzellen durchsetzt. Ueber die specielle Natur der letzteren können wir wenig Angaben machen. Es sei nur hervorgehoben, dass in den stark hypertrophirten, infiltrirten Papillen sich wenig Mastzellen fanden, während dieselben in den hypertrophischen Papillen spitzer Condylome ausserordentlich häufig sind.

Selbstverständlich ist der geschilderte Entzündungszustand der subpapillaren Schichte an den verschiedenen Stellen ein verschiedener. Es gibt Partien, wo nur ganz geringe Zeichen der Erkrankung vorliegen; für ganz gesund möchten wir keinen Theil der untersuchten Haut erklären. Wir glauben auch, dass es kein Zeichen gibt festzustellen, ob eine nur geringe Veränderungen darbietende Hautstelle erst jüngst erkrankt oder in Heilung begriffen ist, da wir Narbenbildung nicht haben feststellen können.

Der eigentliche Papillarkörper zeigt wichtige, das makroskopische Aussehen der Affection erklärende Veränderungen. Es finden sich Papillen von 1·5 Mm. Länge und $^1/_2$ Mm. Breite (1400—1555 μ Länge, 515 μ Breite). Die meisten Papillen im erkrankten Bezirk haben Verzweigungen und Ausbuchtungen.

Auf die Rundzellen-Infiltrate in den Papillen haben wir schon hingewiesen. Selbstverständlich sind auch alle in die hypertrophischen und im Zustande der Entzündung befindlichen Papillen hineinziehenden Blutgefässe erweitert und verdickt.

Der Configuration des Papillarkörpers schliesst sich das Rete Malpighi an. Die innige Verbindung beider Theile der Haut veranlasste Kromayer, dieselben als eine zusammengehörende Schicht (Parenchym der Haut) aufzufassen. Man kann in der That die Vergrösserung der Papillen nur aus der entsprechenden Vergrösserung des Retezapfens erkennen. Weder die eigentlichen Stachelzellen des Rete noch die Cylinderzellen der Basalschicht zeigen an sich qualitative Besonderheiten. Dagegen ist quantitativ eine gewaltige Vermehrung derselben, eine beträchtliche Verdickung der ganzen Schicht zu constatiren. Zuweilen sieht man Rundzellen inmitten der Epithelien des Rete. Wichtig dagegen sind inmitten des Rete kleine Heerde von Rundzellen, die in der Mitte keine Verkäsung zeigen. Sie liegen so nahe unter der Oberfläche, dass sie ohne weiteres als anatomischer Ausdruck der klinisch beobachteten oberflächlichen Eiterherde betrachtet werden können. Bei leichter Reizung (Berufsarbeit) wird die dünne, schützende Epitheldecke entfernt und ein Abscess ergiesst seinen Inhalt auf die Hautoberfläche. Es entsteht so eine Kruste, nach deren Entfernung eine Rhagade.

Ueber das Stratum granulosum und Stratum lucidum ist wenig zu sagen. Es sei hervorgehoben, dass wir eine Verdickung des Stratum granulosum im Gegensatz zu anderen Autoren nicht immer constatiren konnten. An einzelnen Stellen waren allerdings 5—6 anstatt der normalen 3—4 über einander liegende Zellreihen vorhanden.

Gewaltige Dimensionen hat das Stratum corneum wenigstens an vielen Stellen angenommen. Es besteht aus Lamellen verhornter Epithelien, zwischen denen sich Exsudatmassen und Ansammlungen von Zellen mit noch theilweise färbbaren Kernen finden. Die Hornmassen haben zuweilen eine Mächtigkeit von 1·4 Mm. (1400 μ). Nicht selten findet man zwischen 2 grossen, etwas von einander abgedrängten, weit über das Niveau hervorragenden Papillen zapfenartige Hornmassen, die schichtenweise

aus wenig färbbaren homogenen „Horn“ und aus besser färbbaren Epithelien bestehen; eine Anordnung, wie wir sie in ähnlich vollendeter Weise nur bei einem Fall von Lupus erythematodes der Hand gesehen haben. Gelegentlich wurden Epithelperlen wie bei allen Horngebilden gesehen. Es sei darauf hingewiesen, dass die Triacidlösung auch ein gutes Reagens auf Horn zu sein scheint. Die gesammte Hornsubstanz nimmt bei Färbung mit verdünnter Triacidlösung ein dunkel blau-violettes Colorit an.

Wir möchten schliesslich noch kurz auf den anatomischen Befund der centralen Narbe hinweisen. Das Corium besteht aus einem ausserordentlich dichten Bindegewebe, in dem relativ wenig elastische Fasern (Orceinfärbung) vorhanden sind. Die Gefässe sind verdickt, Vermehrung der Kerne des Bindegewebes ist augenscheinlich. Im Uebrigen sind alle Schichten der Haut als normal zu betrachten. Das Stratum corneum ist verhältnissmässig dünn. Die Schweissdrüsen erscheinen auch hier völlig unverändert, ein Beweis, dass auch an den Stellen, an denen der Krankheitsprocess abgelaufen ist, die Entzündung zu keiner Zeit bis zu der Tiefe der Schweissdrüsen vorgedrungen ist.

Wer unsere Schilderung mit den Darstellungen von Riehl und Paltauf, Brugger u. A. und vor Allem unsere Mikrophotographien mit der Zeichnung der erstgenannten Autoren vergleicht, wird mit uns an der anatomischen Diagnose Tuberculosis cutis verrucosa nicht zweifeln, trotzdem uns ein Moment zur exacten Diagnose fehlt, nämlich der Nachweis der Tuberkelbacillen. Wir haben etwa 20 Schnitte aus verschiedenen Stücken nach der Koch-Ehrlich'schen und nach der Ziehl'schen Methode auf Bacillen vergeblich durchsucht. Wir fanden wiederholt rothgefärbte Stäbchen, die bei nicht sehr strenger Kritik als Tuberkelbacillen hätten passiren können. Wir haben uns jedoch wegen Differenzen in Grösse, Form und Lagerung nicht dazu entschliessen können, diese Gebilde als Tuberkelbacillen aufzufassen. Ob noch weiter fortgesetzte Untersuchungen nicht doch schliesslich positive Resultate ergeben hätten, lassen wir dahingestellt. Jedenfalls bedarf nach unseren Befunden die Ansicht von Riehl und Paltauf, dass die Tuberculosis cutis verrucosa in Bezug auf die Zahl der mikro-

skopisch nachweisbaren Tuberkelbacillen zwischen Miliartuberculose und Lupus steht, der Modification.

Von sonstigen Mikroorganismen fanden wir nur in den obersten Schichten der Epidermis einige Coccen, einen Befund auf den wir naturgemäss weiter keinen Werth legen.

Differentialdiagnose.

Die eingehende Schilderung des mikroskopischen und klinischen Befundes gestattet uns, bei der Besprechung der Differentialdiagnose kurz zu sein. Gegen eine vulgäre progressive Warzenbildung spricht der anatomische Befund. Aber auch die Wachsthumsentwicklung ist bei beiden Affectionen eine verschiedene. Warzen pflegen sich durch Neubildungen in der Contignität, wenn die Einzelefflorescenzen eine gewisse Grösse erreicht hat, auszubreiten. Ein bestimmtes peripherisch fortschreitendes Wachsthum unter Heilung des Centrums kommt bei der progressiven Warzenbildung nicht vor. Syphilis ist anamnestisch und klinisch auszuschliessen. Mit einer auch in der Handfläche vorkommenden, durch die Bildung horniger Massen ausgezeichneten Art der Syphilis hat jüngst G. Lewin sich eingehend beschäftigt (Ueber Clavi syphilitici, dieses Archiv Heft I, 1893). Der eine von uns, J. Heller, hat als Assistent G. Lewin's zum eingehenden Studium der Syphilide der Vola manus Gelegenheit gehabt. Weder klinisch noch anatomisch besteht auch nur die geringste Aehnlichkeit zwischen der von uns geschilderten Affection und der sog. Syphilis cornea. An eine tertiäre gummöse Form der Syphilis ist erst recht nicht zu denken. Den serpiginösen Exanthemen fehlt die hypertrophische Hornbildung, bei gummösen Hautsyphiliden pflegt es zu tiefer greifenden Ulcerationen zu kommen. Eine gewisse Aehnlichkeit hat unsere Affection mit dem Lupus corneus. Der letztere bewirkt jedoch grössere Geschwürsbildungen, heilt unter Hinterlassung starrer keloidähnlicher Narben, zeigt in der Narbe fast regelmässig recidivirende kleine Knötchen. In unserem Fall dagegen war die centrale Narbe sehr fein, eigentlich nur an dem Fehlen der Hautriffelung erkennbar, frei von jedem Recidivknötchen.

Fig. 1.

Fig. 2.

Heller: Tuberculosis cutis verrucosa.

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.

Es lässt sich also auch per exclusionem die Diagnose Tuberculosis cutis verrucosa stellen.

Wir beschränken uns darauf, unseren Fall als Beitrag zur Casuistik zu verwerthen, nicht nur wegen einiger mikroskopischer Details, sondern vor Allem wegen seiner Aetiologie.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. XIV.

I. Photographie der linken Hand; aufgenommen im directen Sonnenlicht; ungefähr Lebensgrösse.

II. Mikrophotographie: Vergrösser. Seibert Ocular periskopisch I, Objectiv I. Färbung Eosin, Haematoxylin. *a* Stratum corneum, *b* Rete Malpighi, *c* Abscess im Rete Malpighi, *d* Infiltrirtes Corium (subpapilläre Zone), *e* Tuberkel mit Riesenzelle, *f* Gefäss, *g* Schweissdrüsen, *h* Corium

Aus der kgl. Universitätsklinik für Syphilis und Hautkrankheiten des Geheimrath Prof. Dr. Doutrelepont zu Bonn.

Ueber Tuberculosis verrucosa cutis.

Von

Dr. **Ernst Knickenberg,**
Assistenzarzt der Klinik für Hautkrankheiten zu Bonn.

Seitdem im Jahre 1886 Riehl und Paltauf unter dem Namen „Tuberculosis verrucosa cutis" [1]) eine Form der Hauttuberculose aufgestellt haben, die sich makroskopisch wie mikroskopisch genügend scharf von den bis dahin angenommenen Formen von Erkrankung der Haut an Tuberculose, des Lupus, Scrophuloderma und der Tuberculose der Haut *κατ' ἐξοχὴν* unterscheiden soll, hat sich die allgemeine Aufmerksamkeit mehr als zuvor den Erkrankungen zugewandt, die einen Theil oder alle zu jener besonderen Erscheinungsform der Hauttuberculose geforderten Symptome boten.

Herr Geheimrath Prof. Dr. Doutrelepont, dem ich nicht verfehle an dieser Stelle hierfür meinen verbindlichsten Dank auszusprechen, hat mir nun auch das Material der hiesigen Klinik, das so ausserordentlich reich ist an den verschiedensten Erkrankungsformen von Tuberculose der Haut, zur Durchsicht auf ähnliche oder verwandte Erkrankungen überlassen.

---

[1]) Tuberculosis verrucosa cutis. Eine bisher noch nicht beschriebene Form von Hauttuberculose von Dr. G. Riehl und Dr. R. Paltauf. Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. 1886.

Riehl und Paltauf sahen die von ihnen „Tuberculosis verrucosa cutis“ bezeichnete Affection meist bei kräftigen Leuten im besten Alter (19—45 Jahre) und zwar durchweg bei solchen Individuen, deren Beruf fortgesetzte Beschäftigung mit Hausthieren oder thierischen Producten mit sich brachte. Sie sahen die Affection an der Dorsalfläche einer oder beider Hände, der Streckseite der Finger, den Zwischenfingerfalten, in selteneren Fällen an der Vola manus oder den unteren Theilen des Vorderarmes, und es fanden sich meist nur ein oder wenige in der Art erkrankte Stellen. Wie die Affection beginnt, war nicht festzustellen, da, wie sie sagen, „man kaum jemals Gelegenheit hat das erste Auftreten der Erkrankung an der vorher gesunden Haut zu beobachten“. So waren denn auch die von genannten Autoren beobachteten Fälle alle in voller Entwicklung oder schon im Stadium der Rückbildung. Die „Plaques“ waren dann von Linsen- bis Thalergrösse mit rundlicher oder ovaler Begrenzung oder stellten durch Zusammenfliessen an einander grenzender Stellen serpiginöse Formen dar, deren Wachsthum stets peripher erfolgte.

Was nun das Aussehen der einzelnen erkrankten Partien selbst angeht, so sind sie umgeben von einem schmalen hellrothen Saume, der sich noch kaum über das Niveau der normalen Haut erhebt. Centralwärts von diesem findet sich eine Zone kleiner Pustelchen oder als deren Reste kleiner gelber Krusten. Nun folgen weiter nach dem Centrum der Plaques hin die Erscheinungen, welche das unregelmässig warzige Aussehen der Oberfläche bedingen und den Beinamen „verrusosa“ der Affection veranlasst haben, nämlich papillomatöse Auswüchse, die am Rande weniger hoch, im Centrum eine Höhe von 5—7 Mm. erreichen. Die braunrothe Farbe dieser Partie wird durch aufgelagerte Krusten und verhornte Epidermislagen verdeckt. Drüsenmündungen und Haarfollikel, die im Bereich des äusseren Saumes noch vorhanden sind, fehlen in den centraleren Theilen voll entwickelter Plaques. Zwischen den kleinen Höckerchen zeigen sich Erosionen, Rhagaden und kleine Pusteln; auf seitlichen Druck treten zwischen den papillären Excrescenzen wie aus einem Sieb Eitertröpfchen aus. Gegen ihre Unterlage lassen sich die Plaques immer leicht verschieben.

Der Verlauf der Affection ist ein äusserst chronischer, und das Bild derselben kann lange Zeit dasselbe bleiben. Schwellung und Röthung als Zeichen acuter Entzündung treten selten intercurrent auf, und es bleibt nach deren Ablauf das frühere Bild.

Nachdem die Plaques das Stadium der Acme, wie es sich durch das eben beschriebene Aussehen zu erkennen gibt, überschritten haben, tritt mit dem Flacherwerden bis zu gänzlichem Schwinden der warzigen Excrescenzen im mittelsten Theile der erkrankten Stellen, mit dem Fehlen der kleinen Abscesse zwischen den papillären Auswüchsen und der endlichen Vernarbung das Stadium der Rückbildung ein. Es bleibt eine dünne weiche Narbe, die ganz oberflächlich gelegen ist und durch ihr „siebförmig durchlöchertes oder fein netzförmiges Aussehen" auffällt.

Mikroskopisch sahen Riehl und Paltauf eine in unregelmässigen Lamellen mächtig entwickelte Hornschicht, die auch „in kryptenförmige Einsenkungen an der Basis der Papillome" hinabzieht. Besonders stark erscheint das Hornlager über den Kuppen der kleinen Höcker, ähnlich den Befunden bei Ichthyosis hystrix. An einzelnen Stellen sieht man zwischen verhornten Epidermislagen eingetrocknete Exsudatmassen, in denen sich die Kerne noch theilweise färben, und Detritus in bald geringerer, bald grösserer Menge. An den einzelnen Schichten der Epidermis waren bedeutendere Veränderungen nicht nachweislich, nur die Stachelzellenschicht stärker entwickelt und die interpapillären Retezapfen entsprechend der starken Wucherung der Papillen kolbig oder fingerförmig in die Tiefe gehend. Besonders in der Nähe der kleinen Abscesschen, aber auch sonst, zeigt sich eine mehr oder weniger starke Durchsetzung des Rete Malpighii mit Rundzellen.

Wesentlichere Veränderungen weist das Corium in seinen obersten Schichten auf (Papillen und dem Gebiete des Stratum vasculosum subpapillare). Hier finden sich theils einzeln stehende, theils unregelmässig zusammengeflossene, horizontal ausgebreitete „Herde von Zellinfiltraten", die stellenweise auch in die stark vergrösserten Papillen reichen. In der Umgebung der Herde ist an mehr oder weniger starker Zellinfiltration ein chronisch entzündlicher Zustand des Gewebes erkennbar. Das Stratum vasculosum subpapillare ist in seiner typischen Gefäss-

anordnung nicht mehr vorhanden, dagegen finden sich weite Capillaren in regelloser Vertheilung. Die tieferen Schichten der Cutis und das Subcutangewebe werden von den Infiltraten nicht erreicht. Talgdrüsen finden sich im Bereich der Infiltrate nicht mehr; die Schweissdrüsen sind in einzelnen Gängen etwas cystös erweitert, im ganzen aber ohne wesentliche Veränderungen.

Was nun die genannten Herde selbst angeht, so sind dieselben meist rundlich oder aus den ursprünglich rundlichen Herden zusammengeflossen und gleichen mit einer peripheren Schicht von Rundzellen, mit epitheloiden und Riesenzellen in ihrem Aufbau ganz den Riesenzellentuberkeln.

An einzelnen Stellen, besonders um das untere Ende der interpapillären Zapfen, ist Eiterung nachweislich, die zu Abhebung und Durchbrechung der Epidermis an den betreffenden Stellen führen kann und der Ursprung der Eitertröpfchen ist, die sich zwischen den papillären Auswüchsen ausdrücken lassen.

In den jüngeren Theilen der Plaques überwiegen die entzündlichen Erscheinungen, an älteren Partien treten dieselben im Gegensatz dazu mehr zurück; die krankhaft veränderte Zone erscheint schmaler, der Kernreichthum geringer.

Das in diesen Befunden schon genügend sichere Bild der Tuberculose erfährt seine Vervollständigung durch den Befund von Tuberkelbacillen sowohl in den Riesenzellen und in den epitheloiden Zellen, als seltener frei im Gewebe zerstreut, meist nur sehr vereinzelt; in einem Falle wurden sie in grösserer Menge bei einander liegend gefunden. Im allgemeinen aber waren in jedem Schnitte von in voller Entwicklung befindlichen Plaques mehrere Bacillen nachweisbar. Ausserdem fanden sich in Schnitten von Stellen mit acuter Entzündung Coccen, bald mehr einzeln, bald in grösseren Häufchen bei einander, und regelmässig wurde noch eine zweite grössere Coccenform an den obersten Epidermisschichten nachgewiesen.

Aus diesen hier in Kürze mitgetheilten makroskopischen, histologischen und bakteriologischen Befunden entnehmen Riehl und Paltauf die Berechtigung zur Aufstellung der „Tuberculosis verrucosa cutis“ als neuer Form von Hauttuberculose und suchen dieselbe im weiteren Theile ihrer Veröffentlichung differentialdiagnostisch zu begründen. Davon später noch einige

Worte. Sie gelangen schliesslich zu dem Resultate, dass nur die als Perifolliculite suppurée et conglomerée en placard von Leloir beschriebene Affection grössere Aehnlichkeit mit ihrer Erkrankung habe, [1]) abgesehen von der gleich zu besprechenden Leichenwarze (Verruca necrogenica, Tubercule anatomique), „die ihrer Affection weitaus am nächsten steht".

In den Schnitten einer Leichenwarze, die sie zu excidiren Gelegenheit hatten, fanden sie ganz ähnliche Bilder wie bei der Tuberculosis verrucosa cutis: Tuberkel mit zahlreichen Riesenzellen, umgeben von entzündlicher Infiltration, Tuberkelbacillen in den epitheloiden und Granulationszellen der Knötchen, und auch hier die Veränderungen nur in den obersten Cutisschichten.

Die genannte grosse Aehnlichkeit der Leichenwarze mit der Tuberculosis verrucosa cutis ist wohl die Veranlassung, dass spätere Autoren beide Erkrankungen identifiziren und den Namen „Leichenwarze" verallgemeinern auf Fälle, die nur äusserlich ein ähnliches Bild bieten, ohne dass nur die Möglichkeit der Entstehung durch wiederholte Berührung mit Leichen und Leichentheilen vorliegt.

So verfährt Finger in seiner Abhandlung: „Ueber die sog. Leichenwarze (Tuberculosis verrucosa cutis) und ihre Stellung zum Lupus und zur Tuberculose." [2]) Dass aber die Erkrankung welche Finger Leichenwarze nennt, mit der „Tuberculosis verrucosa cutis" — diese als berechtigte Sonderform angenommen — nicht wohl ganz identisch ist, zeigt sich schon in den ersten von Finger angeführten Fällen (Verneuil, Verchère, Axel Holst, Merklen u. s. w.), denn in all diesen Fällen ist einerseits entweder die Behandlung ganz erfolglos oder doch nur eine vorübergehende Heilung zu erzielen, anderseits treten dabei nach verhältnissmässig kurzer Zeit Erscheinungen von weiterer allgemeiner Verbreitung des tuberculösen Virus (tuberculöse Abscesse, Drüsenaffectionen u. s. w.) bis zur Miliartuber-

---

[1]) Riehl und Paltauf sprechen bei dieser Gelegenheit die Vermuthung aus, dass die von Leloir beschriebene Affection eine acut verlaufende Variation ihrer Erkrankung darstelle, was aber Leloir in seinem neueren Werke „Traité de la Scrofulo-Tuberculose de la peau" als unzutreffend bezeichnet.

[2]) Deutsche medic. Wochenschrift 1888.

culose auf, während in den von Riehl und Paltauf beobachteten Fällen von Tuberculosis verrucosa cutis weitere Erscheinungen durchaus nicht bemerkbar waren. Wenn sie auch einmal Achseldrüsenschwellung sahen, so kann das, da dieselbe nach Cauterisation der erkrankten Stellen erst auftrat, nicht auf eine Stufe gestellt werden mit den oben erwähnten weiteren Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit, dass auch bei der Tuberculosis verrucosa cutis von der ursprünglichen Stelle aus allgemeinere Verbreitung der Tuberculose erfolgen kann, muss ja freilich zugegeben werden; es sind Tuberkelbacillen da, und warum sollten diese unter günstigen Verhältnissen nicht auch weiter verschleppt werden können? Aber die Verhältnisse scheinen eben dafür nicht günstig zu sein, wie wohl aus dem bis zu 15 Jahren beobachteten Bestehen der Tuberculosis verrucosa cutis ohne weitere Verbreitung der Tuberculose über den Körper anzunehmen ist. Und was die Heilung bei Tuberculosis verrucosa cutis angeht, so sagen Riehl und Paltauf ausdrücklich, „dass in jedem Falle durch geeignete Therapie (Excision, Auskratzung mit dem scharfen Löffel, Cauterisation, Verätzung) der Process zu heilen ist". Sie halten sogar eine Spontanheilung für möglich ohne trotzdem zu leugnen, „dass keiner ihrer Fälle ohne Recidiv an der einen oder anderen Stelle geblieben ist".

Der von Finger selbst untersuchte Fall von „Leichenwarze" betrifft einen 41 Jahre alten Zimmermaler, dessen Section Tuberculose der Lungen, des Larynx, des Darmes und der Nieren ergab. Auf Handrücken und Vorderarm fanden sich 5 warzige Plaques „mit allen Charakteren der Leichenwarze". Dieselben sollten seit 20 Jahren bestanden haben.

Das mikroskopische Bild entspricht im allgemeinen dem von Riehl und Paltauf angegebenen, nur findet Finger abweichend eine im allgemeinen geringere Mächtigkeit des Rete Malpighii, ein tieferes Eindringen der Infiltration und Vorkommen der Knötchen mehr in der Tiefe der Cutis, so dass auch die Schweissdrüsenknäuel in den Bereich der Infiltration fallen.

Trotzdem nun Finger die frappanteste Aehnlichkeit des klinischen und anatomischen Verhaltens seiner „Leichenwarze" mit dem des Lupus papillaris, verrucosus und sclerosus zugeben muss, hält er doch den Umstand, dass bei der ersteren der

Process oberflächlicher ist — wir sehen eben, dass derselbe die Schweissdrüsenknäuel mit in seinen Bereich zog — für bedeutend genug, um die Aufstellung einer neuen Form von Hauttuberculose als berechtigt anzuerkennen. Lupus verrucosus sowohl als Tuberculosis verrucosa cutis hält er für durch örtliche Einimpfung des Virus entstandene Tuberculosen und schliesst aus dem Umstande, dass Lupus mehr bei Kindern vorkommt, dass dasselbe Virus in der saftreicheren Haut des Kindes den tiefgreifenderen Lupus, in der widerstandsfähigeren Haut des Erwachsenen die oberflächlichere „Leichenwarze" hervorrufe.

Salzer demonstrirte im Jahre 1887 in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien [1]) einen Fall von Tuberculosis verrucosa cutis bei einem 49jährigen Manne. Befallen war die rechte Vola manus, der 2., 3. und 4. rechte Finger. Die Affection war angeblich nach einer 4 Jahre zuvor stattgehabten Verletzung des rechten Zeigefingers entstanden.

Brugger [2]) beobachtete einen Fall von Tuberculosis verrucosa bei einem 22 Jahre alten Privatier. Neben einigen kleineren Stellen fanden sich auf dem Dorsum des rechten Fusses, parallel dem Os metatarsi digiti quinti 3 ca. 2—3 Ctm. lange und 1—2 Ctm. breite Plaques, breit aufsitzend mit etwas überhängendem Rande. Diese Affection soll im 4.—7. Lebensjahre begonnen haben, während von frühester Kindheit an öfters Geschwüre und Abscesse am rechten Bein aufgetreten waren.

Sowohl im makroskopischen Verhalten wie im mikroskopischen Befunde findet Brugger die vollständigste Uebereinstimmung mit der von Riehl und Paltauf gegebenen Beschreibung.

Bei dieser Anamnese liegt gewiss die Vermuthung nahe, dass es sich bei den Abscessen am Bein um tuberculöse Processe gehandelt habe, und wenn diese Vermuthung richtig ist, lässt sich auch leicht die Möglichkeit denken, dass von jenen aus eine Uebertragung des tuberculösen Virus an die Stellen der nunmehrigen Erkrankung stattgefunden hat, aber trotzdem möchte Brugger die Erkrankung am Fusse als eine Impftuberculose auffassen, bei gelegentlichem Barfussgehen in der Jugend des Pat. entstanden.

Mit 2 kleinen frisch excidirten Stückchen der Plaques machte Brugger Impfversuche an Meerschweinchen. Er brachte

---

[1]) Sitzungsbericht. Deutsche med. Wochenschrift. 1888.

[2]) Virchow's Archiv. Bd. 119.

die Theilchen subcutan unter die Bauchhaut und sah nach 6 Wochen an der Impfstelle Knoten unter der Haut auftreten; 8 Wochen nachher ging das Versuchsthier ein, und die Section ergab das Vorhandensein makroskopisch sichtbarer miliarer Tuberkel in allen inneren Organen, besonders in Milz, Lunge und Leber. Tuberkelbacillen waren reichlich vorhanden. Dieses Ergebniss der Impfung bestätigt den mikroskopischen Befund, bietet aber sonst in keiner Weise etwas Besonderes. Man hätte vielleicht noch den Versuch machen können, von dem Gewebe der Plaques etwas in eine ganz oberflächliche Hautwunde zu verbringen und dort festzuhalten; freilich besonderer Erfolg wäre hiervon nach den mit Lupusgewebe in dieser Weise angestellten Impfungen und den dort gemachten Erfahrungen auch nicht zu hoffen gewesen.

Des Weiteren führt Brugger dann einen Fall von ähnlicher Erkrankung an, den Sanguinetti [1]) beobachtete. Es handelt sich da um einen 40 Jahre alten Bodenwichser, bei dem sich in einigen Monaten auf dem Handrücken ein haselnussgrosser Plaque mit warziger Oberfläche entwickelt hatte. Sanguinetti diagnosticirt Leichentuberkel, Brugger spricht den Fall als Tuberculosis verrucosa cutis an.

In dem Sitzungsberichte der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis [2]) finden sich 2 Fälle von Hauttuberculose, die Ševestre vorführte und die er für Tuberculosis verrucosa cutis hält.

In dem einen Falle bei einem 9jährigen Knaben zeigte sich die Affection am stärksten auf den Handrücken entwickelt, aber auch sonst über die ganze Haut zerstreut und zwar in Gestalt einer „Anschwellung, deren Mitte von einer braunen, missfarbenen Borke eingenommen ist. Die Oberfläche der Stelle ist papillomatös, nicht ulcerirt, aber nässend. Die umgebende Zone ist von violetter Farbe, mit ziemlich feinen Schuppen bedeckt und bei genauerem Zusehen findet man, dass sie mit zahlreichen winzigen Knötchen (Tuberkel) besetzt ist". Ausserdem fanden sich in diesem Falle in der Nähe des Handgelenks beiderseits und auf dem linken Fussrücken grössere Knoten, von leicht schuppender Haut bedeckt, die cubitalen und axillaren Lymphdrüsen indolent geschwollen, in der rechten Parotisgegend eine vereiterte Drüse und alte Narben früherer, wahrscheinlich tuberculöser Erkrankungen der Haut oder Drüsen.

---

[1]) Giorn. ital. delle malat. ven. et della pelle. 1887.

[2]) Ref. Monatshefte für prakt. Dermatologie. 1890. Bd. XI.

Aehnliche Veränderungen an der Haut bot der zweite Fall (6jähr. Mädchen), nur zeigten die erkrankten Stellen einen deutlicher papillären Bau. Drüsen auch hier indolent geschwollen.

Der bakteriologischen Untersuchung gelang der Nachweis von Tuberkelbacillen in beiden Fällen. Ein genauerer histologischer Befund war an genannter Stelle nicht mitgetheilt.

Wenn man diese Angaben liest, wird man wohl sicher die Diagnose „Lupus verrucosus" stellen und muss sich wundern, die Erkrankungen von Ševestre als Tuberculosis verrucosa cutis aufgefasst zu sehen, mit der doch durchgreifende Unterschiede bestehen. Zunächst betreffen beide Fälle Kinder, während doch Riehl und Paltauf ihre Affection nur bei Erwachsenen sahen. Sodann finden sich makroskopisch sichtbare Knötchen, deren Fehlen jene Autoren gerade als differential-diagnostisches Moment zwischen Lupus und Tuberculosis verrucosa cutis hervorheben. Es kann demnach kaum zweifelhaft sein, dass, wie Hardy in jener Sitzung auch schon bemerkte, diese beiden Fälle mit der Tuberculosis verrucosa cutis nicht übereinstimmen.

Bowen[1]) veröffentlicht in seinen Cases of cutaneous Tuberculosis, with histological studies 3 Fälle von Tuberculosis verrucosa cutis.

Der erste betraf einen 24jährigen Mann, bei dem die Affection auf dem Handrücken sass und seit 5 Jahren bestand. Die Beschäftigung des Mannes brachte mannigfache Berührung mit Thieren mit sich.

Der zweite, seit 3 Jahren bestehend, fand sich bei einer 65jährigen Frau auf der Streckseite der letzten Phalanx des Zeigefingers; auf dem Rücken derselben Hand war hier dazu noch ein Scrophuloderma vorhanden. Angeblich war die erstere Affection aufgetreten, während Patientin ihre an Phthisis erkrankte Tochter pflegte.

Eine ähnliche Ursache und zeitliches Zusammenfallen des Entstehens wird im dritten Falle angegeben bei einer 58jährigen Frau, welche die Taschentücher und Kleider ihrer an Phthise leidenden Tochter zu waschen pflegte. Sitz der Affection war auch hier die Streckseite der Finger und zwar der rechten Hand.

Eine Reihe von weiteren 4 Fällen der Hauttuberculose, die Bowen auf den Handrücken, an den Ellbogen und den Knien junger (6—19 Jahre) Individuen beobachtete, und bei denen die Affection sich als blaurothe, scharf umgrenzte Knötchen, zuweilen mit warziger Oberfläche zeigte, glaubt er ebenfalls unter die Tuberculosis verrucosa unterbringen zu müssen. Allerdings verkennt er nicht die Unterschiede von jener, dass es

---

[1]) Journ. of cutan. and gen.-urin. Diseases 1890, p. 462.

sich zunächst um junge Individuen handelt und dass weiter die Oberfläche der erkrankten Stellen nicht in dem Masse warzig erscheint, wie Riehl und Paltauf es bei ihrer Affection gesehen.

Das mikroskopische Verhalten dreier hierauf untersuchter Fälle stimmte im Allgemeinen mit der histologischen Beschreibung jener Autoren überein, nur war der Bacillenbefund im Gegensatze zu jenen geringer.

Aetiologisch liess sich in den 4 Fällen feststellen, dass entweder zuvor schon Tuberculose anderer Organe vorhanden war oder die Erkrankten in vielfache Berührung mit tuberculösen Individuen kamen.

Der von Jackson[1]) berichtete Fall von Tuberculosis verrucosa cutis zeigt wenigstens in seinem makroskopischen Verhalten zeitweise volle Uebereinstimmung mit der Riehl'schen Beschreibung. Der Patient ist ein 18jähriger Idiot, bei dem die Affection, seit 5 Monaten bestehend, auf der hinteren Seite der Mitte des rechten Oberschenkels sass. Nur ein Theil der Oberfläche war warzig, ein Theil von Ulcerationen eingenommen, die bei Bettruhe heilten, um beim Gehen wieder aufzubrechen. — Waren die Ulcerationen geheilt, so war das Bild ganz mit dem Riehl'schen übereinstimmend.

Eine mikroskopische Untersuchung finden wir nicht mitgetheilt und es bleibt uns somit fraglich, ob der histologische Befund ebensolche Uebereinstimmung ergeben hätte. Die Neigung zu ulcerösem Zerfall stimmt übrigens keineswegs zu der Diagnose: Tuberculosis verrucosa cutis, denn deren Fehlen heben Riehl und Paltauf ausdrücklich hervor.

Fordyce[2]) sah die Erkrankung bei einem 25jährigen Patienten auf dem Rücken der linken Hand, mit einem Längsdurchmesser von 3 Cm. Mikroskopisch fand sich kleinzellige Infiltration mit Riesenzellen, aber Tuberkelbacillen waren nicht nachweisbar.

Im Anschluss daran erinnert Fox an einen ganz ähnlichen Fall seiner Praxis mit demselben Sitze der Erkrankung. Von Injectionen mit Koch'scher Lymphe erhielt er dabei kein Resultat.

Dieser Sitz der Erkrankung auf dem Dorsum der linken Hand erinnert uns an eine Bemerkung Fournier's,[3]) die er im Anschluss an einen Fall von Tuberculosis verrucosa cutis am Halse eines an Spitzenkatarrh leidenden Patienten macht, nämlich dass sich bei den Krankenhauspatienten die Affection mit Vorliebe auf dem Rücken der rechten Hand zeige, was Vidal[4]) mit der Gewohnheit der Patienten erklärt, sich nach dem Räuspern mit dem Handrücken den Mund abzuwischen. Eine Stütze für diese Anschauung findet Vidal in der Beob-

[1]) Journ. of cutan. and. gen.-ur. diseases 1891 p. 337.
[2]) Ebenda p. 142.
[3]) Ref. Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XII. 1891, p. 466.
[4]) Ebenda.

achtung, dass sich bei 2 linkshändigen Patienten, die auch diese Angewohnheit hatten, die Erkrankung auf dem linken Handrücken fand. Diese Patienten, sagt Vidal, seinen meist tuberculös, und in Folge der Arbeit ihre Hände aufgerissen, so dass eine Autoinoculation leicht möglich sei. Und in der Discussion über eine von Besnier[1]) in der Sitzung der Aerzte des Hospitals St. Louis vorgestellte Erkrankung an Tuberc. verruc. cutis, die sich über der Articulatio metacarpo-phalangea des rechten Daumens fand, hebt Vidal hervor, dass sich aus jener Gewohnheit der Pat. auch der so häufige Sitz der Erkrankung gerade an dieser Stelle des Handrückens erkläre, denn: „dans ce mouvement, c'est précisément la region metacarpienne du pouce sur laquelle se déposent les liquides etc."

Wenn wir nach diesen Ausführungen nun auf das Material der hiesigen Klinik eingehen, so finden wir eine Reihe von Fällen, die in ihrem äusseren Ansehen mit dem von Riehl und Paltauf beschriebenen Bilde die genaueste Uebereinstimmung zeigen. Nachstehend geben wir einen kurzen Auszug der betreffenden Krankengeschichten, aus denen Alter und Stand der Patienten, Dauer des Bestehens und Sitz der Erkrankung, sowie etwaige Complicationen zu ersehen sind; wir lassen natürlich die Fälle unberücksichtigt, bei denen neben der verrucösen Oberfläche typische Lupusknötchen zu erkennen waren. Wollte man diese Fälle mit zur Betrachtung heranziehen, so würde die Zahl eine ungleich viel grössere werden müssen, Aber wir wiederholen, dass wir nur die Fälle hier anführen. die volle Uebereinstimmung mit der von Riehl und Paltauf beschriebenen Erkrankung zeigen, bei denen also auch Knötchen makroskopisch nicht zu erkennen waren.

1. F. N., 21 J., vom Lande. Grossmutter starb an Phthise, ebenso 2 Brüder an Phthise gestorben. Beginn des Leidens in der Jugend, wie, ist unbekannt.

Auf beiden Wangen Scrophulodermata. Auf dem Dorsum der l. Hand, der Gegend der Articulatio metacarpo-phalangea des Zeigefingers entsprechend, verrucöse Plaques von 3 Mm. Höhe mit röthlichem Saum, nach innen von diesem kleine Pusteln. Ausdehnung 3 Cm. im Quadrat, auf der Unterlage leicht verschieblich. Einige narbige Stellen auffallend weiss. Eine ähnliche

[1]) Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1889, p. 221.

Affection an der Volarseite der 3. Phalanx des linken Zeigefingers, 2 □Cm. gross. Beide Stellen weder spontan noch auf Druck empfindlich. An den inneren Organen nichts Krankhaftes nachweislich. Ther.: Exstirpation dieser beiden Stellen, sonst Auslöffelung und Cauterisation mit Pacquelin.

2. M. W. Da Patientin taubstumm, Analphabet und ohne die Begleitung Angehöriger ist, lässt sich eine Anamnese nicht erheben.

Am Kinn ein etwa fünfmarkstückgrosser Fleck von Lupus vulgaris, an beiden Oberschenkeln handtellergrosse lupöse Stellen mit Narben und Knötchen. Am linken Oberschenkel Scrophuloderma. Am rechten Knie ein zehnpfennigstückgrosser Plaque, zu dem die Krankengeschichte bemerkt „der von Riehl beschriebenen Tuberculosis verrucosa entsprechend". Spitzen der Lungen etwas tiefstehend, sonst nichts Abnormes an denselben nachweislich.

Therapie: Auslöffelung und Cauterisation. Nachfolgende Behandlung mit Sublimatumschlägen und Pyrogallussalbe. Geheilt entlassen.

3. G. P., 18 Jahre alt, Mädchen vom Lande. Eltern und Geschwister gesund. Hauterkrankung begann am rechten unteren Augenlide 8 Jahre, am rechten Fusse 2—3 Jahre vor Aufnahme in die Klinik. Pat. selbst sonst angeblich stets gesund.

Lupöse Stellen in der rechten Infraorbitalgegend und auf der rechten Wange; ebenso auf der Beugeseite des linken Vorderarms. Scrophuloderma am Halse. Auf der Schleimhaut der Oberlippe und der Wange rechts, sowie am Zahnfleisch Lupus. Auf dem rechten Fussrücken Plaque von 7 Cm. Länge und 3 Cm. Breite, quer über den Fussrücken verlaufend. Ein zweiter fünfpfennigstückgrosser verrucöser Plaque auf der Streckseite der rechten grossen Zehe. Untersuchung der inneren Organe: Leichte Dämpfung der linken Lungenspitze, verlängertes, rauhes Exspirium, keine Rasselgeräusche. Ther.: Auskratzen mit scharfem Löffel. Cauterisation. Weitere Behandlung mit Sublimatumschlägen und Pyrogallussalbe.

4. C. Sch., 16jähriges Mädchen vom Lande. Eltern der Pat. angeblich gesund; eine Schwester litt an Caries der Halswirbelsäule und Spina ventosa. Pat. litt als Kind an Eiterung am linken Margo infraorbitalis, wo mehrere Knochenstückchen ausgestossen wurden. 10 Jahre vor Aufnahme in die Klinik begann der Lupus des Gesichts, das Leiden an der Zehe vor 5 Monaten.

Lupöse Erkrankung am Halse links und auf der rechten Wange. Haut der 3. Zehe am linken Fuss ganz von papillären Wucherungen bedeckt. Lungen u. s. w. normal. Ther.: Wie oben.

5. E. K., 24 Jahre altes Mädchen vom Lande. Keine hereditäre Belastung. Pat. angeblich sonst stets gesund. Beginn der Erkrankung 2 Jahre vor Aufnahme in die Klinik. „Zuerst bestand ein kleines Knötchen, das zerkratzt, immer wieder kam."

Pat. von blühendem Aussehen. Am linken Unterarm, der Gegend des Capitulum ulnae entsprechend, ein Plaque von 4 Cm.

Länge, 3 Cm. Breite. Keine Schwellung der Achseldrüsen. Percussionsschall über der linken Lungenspitze ein wenig kürzer als rechts. Sonst keine abnormen Erscheinungen an den Lungen u. s. w. nachweislich.

Ther.: Pat. wurde abgesehen von der sonstigen Behandlung mit Tuberculin eingespritzt.

Es möge uns gestattet sein, die Krankengeschichte der mit Tuberculin behandelten Patienten etwas ausführlicher zu berichten.

Die Anwendung des Tuberculin in diesen Fällen erfolgte, wie auch bei den anderen Erkrankungen an Hauttuberculose in der hiesigen dermatologischen Klinik [1]) im Allgemeinen so, dass mit geringen Dosen, gewöhnlich 0,001 Gr. Tuberculin begonnen und nur ganz langsam und erst dann zu einer Steigerung der Dosis geschritten wurde, wenn keine oder doch keine wesentliche Reaction nach der vorigen Dosis mehr eintrat. Selbstverständlich wurde auch nur dann injicirt, wenn das Allgemeinbefinden ein gutes war,

Nach einmaliger Injection von 0,001 Tuberculin bei obiger Patientin war keine Temperatursteigerung vorhanden, das Allgemeinbefinden nicht gestört; dagegen zeigte sich deutliche Röthung des Plaque und intensive Röthung der umgebenden Zone. Nach Excision der erkrankten Stelle war durch eine gleiche Dosis Tuberculin keine Reaction zu erkennen. Da die Granulationen schlecht waren, wurden dieselben dann abgekratzt und der Defect nach Thiersch durch Transplantation gedeckt, worauf völlige Heilung eintrat.

6. A. M. F., 52jährige Ehefrau vom Lande. Vater an Phthise gestorben. Pat. angeblich stets gesund, ebenso Mann und Kinder. Beginn der Hautaffection etwa 3 Jahre vor Aufnahme in die Klinik.

Auf dem Dorsum der linken Hand, die Gegend des Metacarpo-phalangealgelenks des 3. bis 4. Fingers einnehmend und weiter auf das Dorsum manus übergehend findet sich ein verrucöser Plaque von 5 Cm. im Quadrat. Kyphoskoliose. Thorax eingesunken, besonders die rechte Supraclaviculargrube. In beiden Spitzen und diffus über den Thorax verbreitet katarrhalische Geräusche. Keine Lymphdrüsenschwellung.

Ther.: Bis zur Auslöffelung und Cauterisation erfolgte eine Injection von 0,001 Tuberculin, die keine Temperatursteigerung, örtlich aber deutliche Röthung und Schwellung der erkrankten Partie zur Folge hatte. Pat. klagte über leichte Kopfschmerzen und Mattigkeit. Nach der Operation blieben 2 Inj. von 0,001 und eine solche von 0,0015 ohne allgemeine

---

[1]) Vgl. Doutrelepont: „Ueber die Injection mit Tuberculin." Verhandl. der Deutschen dermat. Ges. 1891.

und örtliche Reaction, wogegen nach der ersten Inj. von 0,002 die Temperatur bis 39° stieg und örtlich stärkere Secretion vorhanden war. Zwei weitere Inj. von 0,002 und eine von 0,0025 verliefen ohne Reaction. Nach der zweiten Inj. von 0,0025 traten Kopfschmerzen, starke Dyspnoe ohne Husten, gesteigerte Herzaction und Pulsfrequenz ein, dagegen kein Fieber und keine örtliche Reaction. Ebenso war der Verlauf nach 2 Inject. von 0,0035 und einer Inj. von 0,004. Erneutes Abkratzen der Granulationen mit nachfolgender Thiersch'scher Transplantation brachten die Stelle zur Verheilung. Nach 4 Monaten trat Recidiv ein in Form einiger kleiner Ulcerationen (zerfallene Knötchen?).

7. K. H., 32jährige Ehefrau vom Lande. Keine hereditäre Belastung nachweislich. Im 17. Lebensjahre der Pat. wurde der linke Daumen dick, roth, schmerzhaft; allmälig auch der Daumenballen und das untere Drittel des Vorderarms. An einer etwa 8 Cm. über den Processus styloidei in der Mitte der Vorderarmbeugeseite gelegenen Stelle brach die Schwellung von selbst auf und es entleerte sich reichlich Eiter. Heilung mit eingezogener Narbe. Nicht lange darnach begann die Erkrankung der Haut auf dem linken Handrücken, und 1 Jahr vor Aufnahme in die Klinik bildete sich eine warzige Stelle auf der Streckseite des linken Vorderarms. Während letztere Stelle unter Carbolwasserumschlägen und Behandlung mit einer gelben Salbe (Inhalt?) verheilte, ging eine gleichzeitig entstandene ähnliche Stelle am distalen Ende der Narbe auf der Vorderarmbeugeseite unter dieser Behandlung nicht zurück. 4 Wochen vor Aufnahme begann auf dem linken Handrücken ein Scrophuloderma.

Die Streckseite der 1. Phalanx des linken Zeigefingers und Mittelfingers und die Gegend des Metacarpo-phalangealgelenkes dieser beiden Finger sind eingenommen von einem warzenartigen Plaque, der von rothem Saum umgeben ist; zwischen den einzelnen Höckerchen der Oberfläche finden sich verschiedentlich kleine Ulcerationen. An der Grenze des unteren und mittleren Drittels der Streckseite des linken Vorderarms eine weiss-röthliche Narbe mit einigen Lupusknötchen. Dieser gegenüber auf der Vorderarmbeugeseite eine tief eingezogene Narbe, an deren distalem Ende wiederum eine warzenähnliche, nicht ganz pfenniggrosse Stelle sich findet. Im Instertitium zwischen Daumen und Zeigefinger linker Hand ein Scrophuloderma von Wallnussgrösse. Cubital- und Axillardrüsen nicht geschwollen. An den inneren Organen nichts Abnormes nachweislich.

Ther.: Nachdem auf 4 Inj. von 0,001—0,004 keine Temperatursteigerung, wohl aber als örtliche Reaction leichte Schwellung und Röthung der erkrankten Partien aufgetreten war, wurde in Narcose das Scrophuloderma excidirt, die anderen Stellen mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und dann cauterisirt. Weitere 7 Inj. von 0,005—0,007 hatten nur einmal eine Temperaturerhöhung bis 38,2° zur Folge, blieben aber sonst ohne allgemeine oder örtliche Reaction. Unter dieser Behandlung, gleichzeitiger Anwendung von Sublimatumschlägen und zeitweiligem Gebrauch von 10% Pyrogallussalbe heilten alle Stellen mit glatter weicher Narbe.

8. M. G., 20 Jahre altes Mädchen vom Lande. Mutter der Pat. starb an Phthise; ein Bruder, der Lupus des Gesichtes hatte, starb; es lebt ein Bruder, der an Lupus des Gesichtes leidet, und eine Schwester, die angeblich gesund ist. Pat. selbst war ausser Erkrankung an Masern und später an Pneumonie angeblich stets gesund. Die Hauterkrankung begann $1\frac{1}{2}$ Jahre vor der Aufnahme in die Klinik am linken Zeigefinger als kleine Warze. Zur Zeit der Aufnahme fand sich die Streckseite der beiden ersten Phalangen dieses Fingers mit einem verrucösen Plaque bedeckt, dessen Aussehen ganz mit dem von Riehl und Paltauf beschriebenen Bilde übereinstimmte. Am linken Mittelfinger war der Nagel von seiner Unterlage abgedrängt, und es fand sich unter demselben Ulceration; diese Affection bestand seit 2 Monaten. Eine lupöse Stelle in der Mitte der Oberarmbeugeseite bestand seit 1 Monat. Endlich zeigten sich auf dem linken Handrücken 3 Scrophulodermata. Die Untersuchung der inneren Organe ergab nichts Abnormes.

Ther.: Nach einer Inj. von 0,001 stieg die Temperatur in 24 Stunden auf 38,5°. Der ganze linke Handrücken schwoll stark ödematös an, die Haut war hier stark geröthet, die Ulcerationen secernirten stärker; Pat. klagte über Kopfschmerzen. Das Oedem bestand noch 2 Tage lang. Nach Auskratzen und Cauterisation (Pacquelin) der erkrankten Partien hatten 5 weitere Inject. von 0,001 bis 0,004 Tuberculin keine örtliche Reaction zur Folge, nur traten bald geringere, bald stärkere Kopfschmerzen und Mattigkeitsgefühl ein, verbunden mit mässiger Temperatursteigerung. Bei den folgenden 7 Inj. von 0,005—0,008 trat neben diesen Erscheinungen als örtliche Reaction auffallende Röthung des Randes der granulirenden Stellen ein, die allmälig aber abnahm. Während dann bei der ersten Inj. von 0,009 die Temperatur bis 38,8° stieg, blieb diese bei 2 weiteren Inj. derselben Dosis und nach 0,01 unter 38°, und es war keine örtliche Reaction mehr zu erkennen. Nebenher waren Sublimatumschläge und ab und zu Pyrogallussalbe angewandt. Alle Stellen verheilten mit weicher Narbe.

Wenn wir diese Angaben überblicken, sehen wir, dass das Alter der Patientinen sich zwischen 16 und 52 Jahre stellt. Was den Stand oder die Beschäftigung der Pat. angeht, so sind es durchweg Frauen und Mädchen vom Lande, bei denen also eine fortgesetzte Beschäftigung mit Hausthieren und thierischen Producten wohl zutreffen könnte. Abgesehen von einer Pat., bei der die Anamnese unmöglich war, liess sich Erkrankung an Tuberculose in den Familien der Patientinen in vier Fällen nachweisen, sei es Erkrankung der Eltern oder der Geschwister. Die Untersuchung der inneren Organe ergab in 4 Fällen nicht ganz unverdächtigen Lungenbefund, ohne dass einmal ausgesprochene Phthise nachweislich gewesen wäre. Dagegen fanden sich andere Formen der Hauttuberculose

(Lupus vulgaris und Scrophuloderma) in 6 Fällen neben der verrucösen Form. Die Lymphdrüsen waren in den Fällen, wo nur diese letztere Form vorhanden war, nicht geschwollen; waren sie es in den anderen, so bestanden ja gleichzeitig die Formen, bei denen man Lymphdrüsenschwellung zu finden gewohnt ist. Der Beginn der in Betracht kommenden Erkrankungsform wurde nicht über 3 Jahre vor Aufnahme in die Klinik angegeben, und gewöhnlich der Verlauf so erzählt, dass zuerst ein rother Fleck aufgetreten sei, der dann warzenähnliches Aussehen angenommen und sich sehr langsam vergrössert habe. Sitz der Erkrankung waren fast durchweg die distalsten Theile der Extremitäten.

Von männlichen Patienten würden 9 hierhin gehören:

1. J. P. W., 60 Jahre alt, Ackerer. Beginn der Erkrankung $^3/_4$ Jahr vor Aufnahme in die Klinik mit einer kleinen Warze an der Basis des 4. Fingers. Allmälig dehnte sich der Process nach dem Vorderarme zu in der Weise aus, dass stets neue kleinste Wärzchen aufschossen. Gleichzeitig fingen die periphersten Partien zu schwellen an und damit trat zuweilen auch Schmerz ein.

Auf dem Dorsum der rechten Hand am Metacarpo-phalangealgelenk des 4. Fingers beginnend findet sich ein fast kreisrunder Plaque von Thalergrösse, an der Oberfläche mit warzigen Auswüchsen voll besetzt, umgeben von einem erythematösen Band. Die Papillome theilweise mit Borken und Krusten bedeckt, nach deren Abhebung schwarzbraune Verfärbung der drusigen Excrescenzen zu Tage tritt. Aus den zwischen den letzteren befindlichen kleinen Oeffnungen tritt auf Druck Eiter aus.

Ther.: Auskratzen und Cauterisation. Sublimatumschläge.

2. W. B., 54 Jahre alt, Ackerer. Keine hereditäre Belastung. Pat. selbst will bis zu Beginn dieser Erkrankung (6 Jahre vor Aufnahme in die Klinik) ganz gesund gewesen sein. Es entwickelte sich damals auf dem Dorsum des linken Fusses ein Abscess, der incidirt wurde. Darauf chronisch entzündlicher Zustand zunächst in der Nähe der zuerst erkrankten Stelle und hieraus weitere Entwicklung der Erkrankung.

Die 2. Zehe des linken Fusses elephantiastisch verdickt und in ihrer ganzen Ausdehnung, besonders an der Dorsalseite mit papillären Excrescenzen besetzt. 2 Stellen von Lupus hypertrophicus auf dem Dorsum pedis sinistri und eine Stelle in der Gegend des Condylus externus tibiae. Scrophuloderma am Oberschenkel und über der linken Clavicula. Leistendrüsen stark geschwollen. Geringer Tiefstand der Lungenspitzen.

Ther.: Hydroxylamin (0.1%) und Sublimatumschläge. Auskratzen und Cauterisation. Einigemal Pyrogallussalbe. Heilung mit keloidartigen Narben.

3. Ph. Sch., 16 Jahre alt, vom Lande. Vater des Patienten starb an Phthise, 3 Schwestern „leiden an Drüsen". Im 2. Lebensjahre des Pat. Abscess am linken Oberschenkel; Incision; dort zur Zeit der Aufnahme Narbe. Eine später beginnende Eiterung aus Fisteln an dem rechten Mittelfinger und am r. Zeigefinger besteht noch (Caries). Die verrucöse Hautaffection begann 4 Jahre vor der Aufnahme an den Metacarpo-phalangealgelenken der rechten Hand, von hier breitete sich die Erkrankung aus auf den Handrücken und bis in die Mitte der 1. Phalanx des 3.—5. Fingers, central in Vernarbung. Verrucöse Plaques von Zwanzigpfennig- bis Fünfmarkstückgrösse finden sich über der 1. Phalanx und dem Metacarpus des Daumens und auf der Streckseite des Handgelenks. Am rechten Vorderarm über der Mitte der Ulna pflaumengrosser Tumor, fluctuirend, Haut darüber central leicht geröthet.

Lungenbefund: Dämpfung der Spitzen, Bronchialathmen, klingendes Rasseln.

Ther.: Auskratzen und Cauterisation. Sublimatumschläge und Pyrogallussalbe. Patient wird geheilt entlassen.

4. E. K., 40 Jahre alt. An der Innenseite der linken Ferse ein markstückgrosser verrucöser Plaque, der angeblich 1 Jahr vor Aufnahme in die Klinik als kleine Warze begonnen hat. Seit einiger Zeit litt Pat. an geringem Husten und hatte einigemal blutigen Auswurf. Tuberkelbacillen waren im Sputum nicht zu finden.

Ther.: Excision. Cauterisation. Heilung.

5. F. O., 17 Jahre alt, Fabrikarbeiter. Eltern und Geschwister des Pat. gesund. Pat. selbst litt mehrere Jahre an Rhinitis ulcerosa. 2 Jahre vor Aufnahme in die Klinik bildete sich an der Nasenwurzel eine kleine Wucherung, die durch Aetzen zerstört wurde. $^3/_4$ Jahre später begann die Wucherung auf der Nasenspitze, die sich als markstückgrosser warzenähnlicher Fleck findet. In beiden unteren Nasengängen leichte Ulcerationen. Submaxillardrüsen geschwollen. Lungen u. s. w. normal.

Ther.: Auslöffelung. Cauterisation. Heilung.

6. P. Sch., 14 Jahre alt. Pat. stammt aus gesunder Familie. Im 4. Lebensjahre Caries am Metacarpus des rechten Daumens. Nach Operation heilte die bis dahin eiternde Fistel; im 8. Lebensjahre soll dann ausgehend von der Narbe die Wucherung begonnen haben.

Es findet sich über dem Metacarpus des rechten Daumens eine dem Knochen adhärente Narbe, von ihr ausgehend ein kreisrunder Plaque von Fünfmarkstückgrösse, der sich nach dem Zeigefinger und der Falte zwischen Daumen und Zeigefinger hin erstreckt. Cubital- und Axillardrüsen rechts mässig indolent geschwollen. Die inneren Organe sind anscheinend normal. Unter der gewöhnlichen Behandlung durch Auskratzen und Cauterisation, sowie Anwendung von Sublimatumschlägen und Pyrogallussalbe trat Heilung ein.

7. W. W., 52 Jahre alt, Plüschweber. Die Affection auf der Hand begann $2^1/_2$ Jahre vor Aufnahme in die Klinik. Pat. glaubt, dass dieselbe durch Scheuern des Rockärmels entstanden sei.

Die erkrankte Stelle findet sich auf dem linken Handrücken über dem Metacarpus pollicis in einer Grösse von 5:3 Cm., auf ihrer Oberfläche warzige Excreszenzen tragend, zwischen denen kleinste Ulcerationen an einzelnen Stellen sich zeigen.

Leichte Dämpfung über beiden Lungenspitzen, trockene Rhonchi.

Ther.: Am Tage der Einspritzung von 0,001 Tuberculin trat keine deutliche Reaction ein, dagegen erschien am folgenden Tage die ganze erkrankte Partie ums Doppelte geschwollen. Nach Exstirpation und Transplantation erfolgte Heilung. Weitere Tuberculininjection wurden in diesem Falle nicht vorgenommen.

8. M. H., 47 Jahre, Ackerer. Mutter des Patienten starb an „Abzehrung". Die Affection an der Hand begann $^3/_4$ Jahre vor Aufnahme in die Klinik. — Auf dem Dorsum der rechten Hand ein gut fünfmarkstückgrosser verrucöser Plaque, umgeben von schmalem, erythematösem Saum. Auf seitlichen Druck entleeren sich zwischen den papillären Excrescenzen, wie aus einem Sieb Eitertröpfchen. Eine kleinere gleiche Stelle über dem Metacarpo-phalangealgelenk des rechten Mittelfingers. Keine Drüsenschwellung. Lungen u. s. w. normal.

Nach Auskratzen und Cauterisation trat Heilung ein.

9. S. Sch., 28 Jahre alt, Handelsmann. Hereditäre Belastung des Pat. nicht nachweislich. Pat. selbst im übrigen angeblich völlig gesund. Die Erkrankung begann 4—5 Jahre vor Aufnahme in die Klinik an der rechten Hand und trat später erst an der linken Hand auf, langsam wachsend. Pat. hat viel mit Lumpen, Knochen u. s. w. gehandelt.

Ueber dem distalen Ende des Metacarpus pollicis dextri und dicht oberhalb des Interstitiums zwischen dem 4. und 5. Finger der linken Hand findet sich je eine thalergrosse Stelle, entsprechend dem für Tuberculosis verrucosa cutis beschriebenen Bilde. Keine Lymphdrüsenschwellungen. An den inneren Organen nichts Abnormes nachweislich.

Ther.: Excision der erkrankten Stellen beiderseits. Links Naht, rechts Transplantation. Verheilung mit glatten Narben.

Ein Rückblick zeigt uns, dass das Alter der 9 männlichen Patienten zwischen 14 und 60 Jahren schwankt. Ihrer Beschäftigung nach sind es 3 Ackerer, 1 Handelsmann, 2 Fabrikarbeiter und 3 ohne besondere Beschäftigung. Die Nachforschung nach tuberculösen Erkrankungen in der Familie ergab in 2 Fällen Phthise des Vaters bez. der Mutter, während die Untersuchung der Patienten selbst auf Tuberculose der inneren Organe dreimal verdächtigen Lungenbefund oder die Zeichen der Lungentuberculose ergab. Sonst war, was die Beschäftigung oder besondere Gewohnheiten der Pat. angeht, nichts irgendwie Bedeu-

tendes festzustellen; ein Patient sprach die Vermuthung aus, dass die Affection durch Scheuern des Rockärmels entstanden sei, weil sie gerade an der betr. Stelle sass. Bei 3 Patienten fanden sich ausser der hierhergehörigen Affection Zeichen anderweiter Haut- oder Knochentuberculose. Als längste Dauer des Bestehens der Erkrankung wurden 6 Jahre angegeben. Auch hier bei den männlichen waren wie bei den weiblichen Patienten Sitz der Erkrankung die distalsten Partien der Extremitäten.

Interessant ist die Entstehung der verrucösen Plaques an der Stelle und im Anschluss an Wunden, die durch spontane Perforation bez. Incision tuberculös erkrankter Stellen entstanden waren, und aus denen sich tuberculöser Eiter entleert hatte, wie wir dies bei einer Patientin (7, K. H.) und bei 2 männlichen Patienten (3. und 6.) erfuhren. (Aehnliche Verhältnisse scheinen bei dem von Besnier mitgetheilten Falle [1]) vorzuliegen, indem sich hier die Tuberculosis verrucosa an der Stelle entwickelte, wo sich zuvor ein Abscess gebildet hatte; der Pat. war phthisisch.) Im übrigen war nur bei 2 Patientinen (3. und 4.) festzustellen, dass vor der Entwicklung der verrucösen Plaques anderweite Hauttuberculosen bestanden hatten. Für die Frage der Auffassung der Erkrankung als Inoculationstuberculose hat die erstere Thatsache eine besondere Wichtigkeit, denn da ist doch die Entstehung durch Inoculation wohl das nächstliegende.

Die Frage des Lupus als Impftuberculose beschäftigt ja schon seit langem die Forscher. Aber alle die vielen und auf die mannigfachste Art angestellten Versuche durch Einimpfung tuberkelbacillenhaltigen Materials Lupus zu erzeugen, haben bis jetzt zu keinem Resultate geführt. Leloir [2]) sah freilich durch Impfung locale Gebilde entstehen, die vom histologischen Standpunkte aus sehr an den Lupus erinnerten und Baumgarten [3]) fand nach kräftiger Einreibung einer reichlichen Menge von Tuberkelbacillen in die rasirte Kaninchenhaut Localaffecte ähnlich den menschlichen Leichentuberkeln. Allein welche Bedingungen vorhanden sein müssen, um die Tuberculose

---

[1]) Annales de Dermatol. et de Syphiligraphie 1889, p. 220.

[2]) Vierteljahrsschrift für Dermatologie 1884. Annales de Dermatol. et de Syphiligraphie 1891.

[3]) Mykologie p. 637.

der Haut gerade in der Form des Lupus auftreten zu lassen, wissen wir bis heute noch nicht. Trotz alledem neigen viele Forscher zu der Ansicht, dass Lupus in einer grossen Zahl der Fälle von aussen eingeimpft sei, eine Ansicht, die Herr Geheimrath Doutrelepont[1]) schon seit längeren Jahren in seinen klinischen Vorlesungen vertrat. In, freilich ganz wenigen Fällen gelang es ja auch den Lupus als Inoculationslupus nachzuweisen, vgl. Jadassohn, Virchows Archiv 121. Bd., 1890. „Ueber Inoculationslupus" und Wolter's, Deutsche med. Wochenschr. 1892. „Ueber Inoculationslupus".

Wenn man aber im allgemeinen Lupus in einer grossen Zahl von Fällen als von aussen eingeimpft ansehen kann, dann wird man diese Anschauung wohl mit besonderem Grunde für den Lupus der Extremitäten geltend machen können.

Riehl und Paltauf fassen auch die von ihnen beobachteten Erkrankungen ebenso wie die Leichenwarze als „Formen von wahrer Impftuberculose der Haut" auf. Wir zweifeln nicht, dass sie damit Recht haben. Das oben angeführte Resultat Baumgarten's würde ja auch in gewissem Sinne für sie sprechen.

Auch Salzer[2]) bemerkt, dass die von ihm beobachtete Erkrankung angeblich nach einer 4 Jahre zuvor stattgehabten Verletzung des betr. Fingers entstanden sei. Und Bowen[3]) sagt uns, dass bei 2 seiner Patienten die Affection zu der Zeit entstanden sei, wo sie an Tuberculose erkrankte Angehörige pflegten und deren Wäsche, Taschentücher u. s. w. zu waschen hatten und bei 4 weiteren Patienten festzustellen war, dass sie entweder selbst schon zuvor an Tuberculose erkrankt waren oder doch in häufige Berührung mit Tuberculösen kamen. Demnach ist es nicht unwahrscheinlich, dass es sich in den Fällen auch um Inoculationstuberculose handelt.

Ueber die hier einschlägigen Beobachtungen betreff. das gleichzeitige Vorkommen anderweiter Hauttuberculosen bez. sonstiger tuberculöser Erkrankungen der Patienten selbst oder

---

[1]) Vergl. auch Doutrelepont. Ueber Haut- und Schleimhauttuberculose. Deutsche med. Wochenschrift 1892.

[2]) l. c.

[3]) l. c.

der nächsten Angehörigen derselben haben wir für unsere oben angeführten Fälle dort schon berichtet.

In den meisten Fällen wird es ja schwer sein festzustellen, ob etwa die tuberculöse Lungenaffection schon vor Auftreten tuberculöser Hauterkrankungen bestand, aber bei genügender Aufmerksamkeit auf diesen Punkt wird es doch zuweilen gelingen. Besnier[1]) versichert, dass er in einer ziemlich grossen Zahl ähnlicher Fälle gewiss sein konnte, dass die Lungenaffection zuerst da war, und schliesst daraus, dass es sich um Auto-Inoculation handle.

Was die mit Tuberculininjectionen behandelten Fälle angeht, so fand sich durchweg örtliche Reaction mit Röthung oder Schwellung, und es zeigte sich auch da wieder der Werth des Tuberculin als diagnostischen Mittels. Fordyce[2]) hatte bei seinem Falle kein Resultat von Tuberculin gesehen.

Wir kommen nun zu den histologischen Befunden der exstirpirten Stücke. Diese wurden sofort nach der Exstirpation in absoluten Alkohol gebracht, gehärtet und dann, theils in Celloidin, theils in Paraffin eingebettet, oder auf dem Gefriermikrotom mit Anisöl geschnitten. In allen Fällen fand sich ein mächtiges Hornlager, das besonders über den Papillen stark entwickelt und in Lamellen unregelmässig angeordnt war. Stellenweise waren zwischen den verhornten Schichten Exsudatmassen, in denen sich die Kerne nur noch wenig färbten und Zerfallsmassen. Diese stammen aus den kleinen Abscessen, die sich an einzelnen Stellen dicht unter den tiefen interpapillären Einsenkungen finden. Das Stratum lucidum zeigte keine auffallenden Erscheinungen, ebensowenig das Stratum granulosum. Die Stachelzellenschicht war besonders dort wesentlich stärker, wo die Epidermis theils kleinere, theils sehr grosse kolbenförmige Zapfen zwischen die Papillen einsenkt. Letztere erscheinen an den Stellen höchster Entwicklung stark gewuchert und oft dendritisch verzweigt; zwischen dieselben senken sich die Epidermiszapfen je nachdem mehr oder weniger tief ein.

Die Papillen selbst sind, besonders an ihrer Basis stark zellig infiltrirt und diese Infiltrationen stehen vielfach im Zu-

[1]) l. c.
[2]) l. c.

sammenhang mit den ausgedehnten Infiltraten der Gegend des Stratum vasculosum subpapillare. Während dieses in seiner typischen Anordnung verschwunden ist, zeigen sich anderseits zahlreiche unregelmässig vertheilte Capillaren. Zuweilen trat der herdförmige Charakter der Zellwucherungen deutlich hervor, zuweilen sahen wir diese Anordnung durch starken Zellreichthum der Umgebung mehr verwischt. Die einzelnen Herde boten alle Kennzeichen eines typischen Tuberkels mit epitheloiden und Riesenzellen. An einzelnen Stellen, mit Vorliebe dort, wo die Epidermis sich besonders tief zwischen die Papillen einsenkt, sieht man den Beginn der kleinen Abscesse, die wir oben schon erwähnten.

Talgdrüsen und Haarbälge sind verschwunden, dagegen die Ausführungsgänge der Schweissdrüsen stellenweise erhalten und um diese herum findet sich dann auch Infiltration.

Soweit würde unser mikroskopischer Befund mit den von Riehl und Paltauf gemachten wohl übereinstimmen, aber es kommt hinzu, dass während jene „die Herde von Zellinfiltraten nur ausnahmsweise die Ebene der Schweissdrüsenknäuel erreichen“ sahen, wir diese Herde fast durchweg auch in den tieferen Schichten der Cutis fanden und auch hier die Umgebung der Drüsenknäuel und Gefässe mit Rundzellen infiltrirt.

Was den Befund an Tuberkelbacillen angeht, so war derselbe sehr gering, jedenfalls nicht grösser als man ihn sonst bei Lupus zu machen gewohnt ist.

Somit hätten wir bei diesen Fällen grösster Aehnlichkeit und äusserer Uebereinstimmung mit der von Riehl und Paltauf beschriebenen Affection keinen anderen mikroskopischen Befund als den bei Lupus verrucosus gewohnten erheben können.

Wenn nun Riehl und Paltauf besondere Bedeutung dem beilegen wollen, dass sich bei den von ihnen beobachteten Erkrankungen mikroskopisch die Knötchen nur in den obersten Schichten der Cutis fanden, so ist uns das kein besonders bemerkenswerther Befund. Denn oft genug findet man auch in Fällen, deren klinisches Bild nicht mit dem jener Autoren zusammenfällt, z. B. bei Lupus exfoliaceus, die Infiltrationsherde nur oberflächlich gelagert. Aber gehen wir noch weiter auf die von jenen Autoren angeführten differential-diagnostischen Mo-

mente ein. Was das Fehlen makroskopisch wahrnehmbarer Knötchen bei Tuberculosis verrucosa cutis angeht, so sagen Riehl und Paltauf selbst, dass sie die ersten Anfänge der Erkrankung nicht haben beobachten können. [1]) Es bliebe also einerseits immerhin möglich, dass zuerst Knötchen dagewesen wären und anderseits sind oft bei Fällen, deren mikroskopische Untersuchung den gewöhnlichen Befund des Lupus verrucosus ergibt, Knötchen makroskopisch nicht zu erkennen. Und sollten nicht vielleicht die kleinen Krusten und „Pusteln" am Rande der papillären Excrescenzen zerfallenen Knötchen ihre Entstehung verdanken können?

Weiter, sagen sie, zeigen auch ältere Partien keine Tendenz zu ulcerösem Zerfall. Dieser fehlt aber auch meist bei Lupus verrucosus, wie das Morrow [2]) ausdrücklich erklärt: „From the comparison of lupus verrucosus or lupus sclereux with tuberculosis verrucosa cutis, it will be seen that the present many analogies, they do not differ materially in their typical papillomatous features, they are identical in location, and notwithstanding Riehl's assertion to the contrary, an absence of ulceration is common to both..." Endlich kommen die miliaren Abscesse bei Lupus verrucosus genau ebenso vor, wie Riehl und Paltauf sie für ihre Affection beschreiben. Auch darin, dass Riehl und Paltauf aus der Beschäftigung ihrer Patienten heraus die Tuberculosis verrucosa cutis als Impftuberculose auffassen, können wir keinen Grund zur Trennung vom Lupus sehen, denn auch den Lupus der Extremitäten kann man in einer grossen Zahl von Fällen als Impftuberculose ansprechen.

Und wollte man uns einwenden, dass in dem grösseren Reichthum an Bacillen ein Unterschied zwischen Tuberculosis verrucosa cutis und Lupus verrucosus liege, so könnten wir dagegen anführen, dass auch bei Lupus sich öfters verhältnissmässig zahlreiche Bacillen finden. So sah u. A. Koch [3]) in ein-

[1]) Später freilich erklären sie ohne Weiteres, dass bei ihrer Krankheit „das Auswachsen der Papillen gleich zu Anfang des Processes ohne vorausgehende Ulceration, ja wahrscheinlich fast gleichzeitig mit der Entwicklung der Tuberkel beginnt".

[2]) Case of Tuberculosis papillomatosa cutis etc. Journal of cut. and gen.-urin. diseases. 1888, Nr. 11.

[3]) Mittheilungen aus dem kais. Gesundheitsamte. II.

zelnen Schnitten öfters mehrere Bacillen, so fand Lachmann[1]) im Eiter, der unter Borken entnommen war, die lange Zeit auf lupösen Stellen gesessen, zahlreiche Bacillen, wie in Züchtungen bei einander und Doutrelepont[2]) berichtet von Fällen, in denen er zahlreiche und einmal sogar in einer Reihe von Schnitten sehr zahlreiche Bacillen nachweisen konnte. Auch gibt uns Leloir in den Tafeln zu seinem Werke: Traité etc. de la Scrofulo-Tuberculose eine Reihe mikroskopischer Bilder von verschiedenen Lupusformen mit zahlreicheren Bacillen.

Allem dem gegenüber sind wir der Anschauung, dass weder das klinische Bild noch das mikroskopische Verhalten entscheidend genug ist, um die Aufstellung der „Tuberculosis verrucosa cutis“ als neue und besondere Form der Hauttuberculose berechtigt erscheinen zu lassen.

Wenn eine Reihe von Autoren (u. A. Fox, Fournier und in jüngster Zeit Hallopeau in seiner Abhandlung: Des trêves dans les manifestations cutanées de la tuberculose)[3]) Lupus verrucosus oder sclerosus und die Tuberculosis verrucosa cutis als gleichbedeutend hinstellen, so können wir uns dem nur anschliessen, denn auch unseres Erachtens ist die sog. Tuberculosis verrucosa nichts anderes als ein oberflächlicher Lupus verrucosus. Diese Auffassung hat Herr Geheimrath Doutrelepont in seinen klinischen Vorlesungen sowohl als in wissenschaftlicher Abhandlung seit langem vertreten. In seiner Veröffentlichung: „Ueber Haut- und Schleimhauttuberculose“[4]) kommt er auf die Tuberculosis verrucosa cutis zu sprechen und sagt: „Solche Fälle, die an den Händen allein, aber auch an anderen Stellen localisirt sind, sehen wir auch hier, von dem Lupus braucht man sie jedoch nicht abzuzweigen, da wir sie in Verbindung mit allgemein verbreitetem Lupus an den Extremitäten, oder auch mit Lupus des Gesichts allein häufig beobachten, und diese Form nach Heilung in der Narbe als Lupus vulgaris recidiviren kann, wie ich es zuweilen gesehen habe.“

---

[1]) Deutsche med. Wochenschrift 1884. Nr. 13.

[2]) „Die Aetiologie des Lupus vulgaris.“ Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syph. 1884.

[3]) Annales de Dermatol. et de Syphiligr. October 1893.

[4]) Deutsche med. Wochenschrift. 1892.

Riehl und Paltauf führen diese Fälle als Inoculationstuberculose auf, ich möchte sie ausserdem mit Finger dafür als Beweis anführen, dass durch Einimpfung von Tuberkelvirus eine dem Lupus papillaris ganz gleiche Erkrankung der Haut hervorgerufen werden kann".

Diesen Standpunkt der Identität der Tuberculosis verrucosa cutis mit der verrucösen Lupusform nimmt auch H. Leloir ein, der in seinem neuen grossen Werke: Traité pratique théorique et thérapeutique de la Scrofulo-Tuberculose de la peau. (Paris 1892) bei Abhandlung der Riehl-Paltauf'schen Erkrankung sagt, dass dieselbe seiner Meinung nach aufgefasst werden muss als „Lupus demi-scléreux papillomateux superficiel à tendance suppurative", und liest man seine ausführliche Bearbeitung des Lupus scléreux u. s. w., so wird man die Berechtigung der Ansicht Leloir's nicht verkennen können.

Dass diese verrucöse Lupusform öfters bei Erwachsenen oberflächlicher sitzt als bei Kindern, mag, wie auch Finger[1]) vermuthet, seinen Grund in der grösseren Widerstandsfähigkeit der Haut des Erwachsenen gegenüber jener des Kindes haben.

Es ist ein Verdienst Riehl's und Paltauf's, und das soll nicht geschmälert werden, diese Formen der Hauterkrankung so genau untersucht, beschrieben und auf den tuberculösen Charakter derselben hingewiesen zu haben. Aber wir wiederholen es, die „Tuberculosis verrucosa cutis" ist unseres Erachtens keine in sich abgeschlossene besondere Erkrankungsform der Hauttuberculose, sondern nur ein oberflächlicher Lupus verrucosus.

---

[1]) l. c.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 8. November 1893.

Vorsitzender: Neumann. Schriftführer: Cehak.

Neumann demonstrirt 1. die Kranke aus der letzten Sitzung mit Pemphigus vegetans. An dem Bilde hat sich seitdem wenig geändert, nur sind Efflorescenzen an der Conjunctiva aufgetreten, ferner neue in der Mundhöhle. Besonders interessant ist, dass in der Nabelgegend nach Abstossung der Blasendecken zwei fleischrothe Stellen zurückblieben, aus deren Centrum innerhalb der 14 Tage papillomartige Wucherungen hervorwuchsen, einen wahren Pemphigus vegetans darstellend. Am Genitale finden sich ähnliche Wucherungen, Efflorescenzen an der Schleimhaut der Vagina, namentlich an den Columnen. Blutbefund: 16.000 weisse, 4,100.000 rothe Blutkörperchen, Hämogl. 87%.

Kaposi zeigt 1. ein Kind mit excessiver Ichthyosis hystrix.

Schiff zeigt ein Kind mit einem derben speckig belegten Infiltrat an der Urethralmündung, das er für eine exulcerirte Sclerose hält. Vater und Mutter sind gesund, das Kind selbst hat viel mit fremden Leuten, namentlich Kindern verkehrt.

Kaposi betont, man dürfe nicht so strict die Diagnose auf Sclerose stellen, da die Verantwortlichkeit eine grosse ist, besonders bei Kindern, wo man auch in Folge von Ekzem an den aneinanderliegenden Genitalfalten und in der Analregion sehr häufig circumscripten Decubitus und Gangrän mit entsprechenden Infiltraten findet. Man müsse sich mehr reservirt halten, wenn selbst Drüsenschwellungen vorhanden sind, da solche auch bei nicht specifischen Entzündungen vorkommen können. Er würde sich höchstens getrauen, die Affection für eine Art Epitheldecubitus zu erklären.

Neumann. Die Stelle an der Urethra sieht aus wie eine nässende Papel, aus dieser allein kann man aber keine Diagnose stellen. Mit Bestimmtheit kann man jedoch eine congenitale oder hereditäre Syphilis ausschliessen. Zwei infiltrirte Afterfalten weisen auf eine ältere Erkrankung hin. Jedenfalls muss das Kind weiter beobachtet, bei guter Beleuchtung untersucht, besonders die Mundhöhle inspicirt werden, ehe man ein Urtheil abgeben kann.

Lang spricht sich ebenfalls für eine weitere Beobachtung aus. Das Kind hat ausserdem eine ganz geringe Prurigo, mit der möglicherweise auch die Urticariaefflorescenzen am Körper in Zusammenhang stehen.

Ehrmann hat vor einigen Jahren einen 4jähr. Knaben wegen hochgradiger Phimose circumcidirt. Es fanden sich ähnliche Plaques an der Innenfläche des Präputiums, untermischt mit kleinen spitzen Condylomen. Sie schwanden vollständig nach Trockenlegung des Präputiums, ohne eine Spur zu hinterlassen. Man könnte dasselbe vielleicht auch hier versuchen.

Kaposi zeigt 2. eine Frau mit Sclerodermie. Ueber den ganzen Körper zerstreute linsen- bis überthalergrosse Herde, ein ungewöhnliches Bild, da man sonst entweder isolirte oder der Gefässvertheilung folgende Plaques findet. Nirgends diffuse Sclerodermie; die Herde befinden sich in verschiedenen Stadien, einzelne speckähnlich glänzend, im Fortschreiten begriffen, andere im Zustande cicatrisirenden Hautsclerems, schon verschwindend. Die Dauer der Krankheit ist schwer zu eruiren, weil die Leute an den von Kleidung bedeckten Stellen eine solche Veränderung der Haut nicht so bald wahrnehmen. Einen Fall mit so vielen einzeln stehenden Herden hat K. noch nicht beobachtet.

Der Fall von Sclerodermia universalis bei der voriges Jahr demonstrirten Frau ist auf erweichende Behandlung zeitweilig besser geworden. Jetzt im Herbst hat die Sclerodactylie wieder zugenommen.

Neumann. Dieser Fall ist jedenfalls ein Unicum. Die meisten Herde befinden sich noch im Stadium elevatum, wo also noch eine Besserung zu erzielen ist. Einen interessanten Fall von Sclerodermie sah ich jüngst bei einer Frau mit Erkrankung der Gesichtshaut, des Rachens und Kehlkopfes; die Kranke bekam bisweilen Anfälle von Athemnoth. Der behandelnde College wandte Massage und warme Umschläge an.

Ehrmann führt einen Fall an, wo Massage eine ausgezeichnete Wirkung hatte; derselbe betraf ein 11jähr. Mädchen, das jahrelang einige Sclerodermieplaques auf der Haut hatte. Dasselbe litt seit der Kindheit an einer schwer zu überwindenden Obstipation. E. sprach betreffs dieses Falles mit einem Collegen, der sich viel mit Sclerodermie befasst. Derselbe hatte auch in seinen Fällen meist Obstipation gefunden. Ob ein Zusammenhang zwischen beiden Leiden besteht, ist noch fraglich.

Spiegler zeigt einen Mann, dessen Kopf von zahlreichen halbkugeligen Tumoren besetzt ist, die sich klinisch als Molluscum fibrosum darstellen. Zwei ebensolche Geschwülste am Rücken. Am Kopf zahlreiche exulcerirte Stellen. Die erste Vermuthung von Kaposi war die einer durch Maceration und Reizung exulcerirten, verhältnissmässig gutartigen Geschwulst mit Uebergang in ein bösartiges Stadium. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste von verschiedener Grösse und verschiedenen Stellen ergab übereinstimmend den Bau eines Cylindroms. Eine Beschreibung eines ähnlichen Falles ist Sp. in der Literatur nicht bekannt, mit Ausnahme eines Referates aus einer französischen Zeitschrift, deren Original sich Sp. noch nicht verschaffen konnte. Krankheitsdauer 40 Jahre.

Der grösste Theil der Geschwülste wurde theils auf der Klinik Albert, theils von Kaposi abgetragen.

Finger demonstrirt 1. einen Mann mit einem mercuriellen Erythem. Vor 10 Tagen Injection von Hydrarg. salicyl., nach 2 Tagen Erythem am ganzen Körper mit heftigem Jucken, angeblich auch Fieber. Einige ähnliche Fälle sind in der französischen Literatur publicirt, wo auf Darreichung von Hg.-Präparaten Erytheme entstanden.

Ehrmann hat unlängst einen Fall beschrieben, wo wohl nach einer Einreibungscur und nach subcutaner Anwendung von Ol. cinereum ein solches Erythem auftrat, nicht aber auf interne Darreichung.

Hebra sah vor einigen Tagen einen Patienten, der nach einer Injection einer sehr schwachen Lapislösung in die Urethra ein kolossales scarlatinaähnliches Erythem unter Fiebererscheinungen bekam. Dabei zeigte sich eine ziemlich seltene Nebenerscheinung, nämlich eine Affection der behaarten Kopfhaut, die einem Ekzem ziemlich ähnlich sieht, nässt, aber ohne Röthung der Basis, mit Bildung einer grossen Anzahl von Bläschen beginnend. Dabei ist die Secretion eine so profuse, dass es den Leuten über Gesicht und Ohren herunterläuft. Ich möchte die Affection in Parallele setzen zum Herpes febrilis und sie Herpes capillitii nennen. Auf rein expectative Behandlung schwindet dieselbe, sowie auch das Erythem in wenigen Tagen.

Finger zeigt 2. einen Mann, der seit 2 Jahren über Pruritus in der Gegend des Mons veneris klagt. Alle sonst für dieses Leiden bekannten ätiologischen Momente fehlen. Zugleich leidet der Kranke — eine Combination, die ich öfters gesehen habe — an sexueller Neurasthenie, die seit derselben Zeit besteht; die Erection fehlt nahezu vollständig, die Ejaculationen sind präcipitirt, oft schmerzhaft. Die Glans ist anästhetisch, die Urethralschleimhaut hyperästhetisch. Wir sehen eine solche Neurasthenie bei Masturbatiten, bei Ehemännern, die den Coitus interruptus üben, bei Leuten mit Urethritis posterior und Prostatitis. Auch unser Patient hatte eine Urethritis mit linksseitiger Epididymitis. Das aus der Urethra ausgedrückte Secret führt reichlich Eiterkörperchen. Dieser mit sexueller Neurasthenie verbundene Pruritus ist am häufigsten ein Pruritus analis, seltener betrifft er die Gegend des Mons veneris. Die Entstehung desselben hängt mit der Neurasthenie zusammen, da beide auf dieselbe Behandlung schwinden. Eine andere Hauterkrankung, die sich in Verbindung mit sexueller Neurasthenie findet, ist der Herpes präputialis, der besonders nach sexuellen Acten auftritt. Es existiren also 2 Centren für diese Reizerscheinungen, eines in der Prostata, ein zweites im Rückenmark. Oft genügt es, den Patienten sexuelle Abstinenz zu empfehlen, dabei bessert sich auch der Pruritus. Mit der Verschlimmerung der Neurasthenie tritt auch derselbe wieder auf. Ich halte dieses Krankheitsbild für ein ganz typisches.

Ehrmann. Man sieht eine ganze Reihe von Patienten, die über scheinbar ganz unmotivirte Schmerzen in der Inguinalgegend klagen; die Leute leiden an Blenorrhoe, Bubo, beginnenden Hernien. Ein grosser Theil derselben hat einen Pes planus. Die Schmerzen rühren offenbar davon her,

dass die Stellung des Fusses auch die des Beines im Hüftgelenk modificirt und dadurch wahrscheinlich Zerrungen von Nerven hervorgerufen werden. Bei vielen findet man Herpes genitalis und zw. immer auf der Seite, wo das Stützbein ist. Es sind meist Leute, die eine stehende Beschäftigung haben. Oft findet man auch eine circumscripte Schmerzhaftigkeit auf dem horizontalen Schambeinast; es handelt sich wohl um eine circumscripte Entzündung des Periosts.

Spiegler demonstrirt 2. ein 2½jähr. Kind mit einem schön ausgebildeten Erythema multiforme. Die Affection besteht seit einigen Tagen. Daneben besteht ein unvollkommener Wolfsrachen und eine Hasenscharte.

Kaposi zeigt 3. eine Frau mit Pemphigus. Die Kranke befindet sich jetzt in einem recht guten Zustand. Aus der Vertheilung und Grösse der Pigmentflecke erkennt man noch jetzt, dass sie schwer krank war. Jetzt sind bloss ganz kleine Nachschübe in einzelnen Herden zu sehen.

4. eine Frau mit Pemphigus foliaceus serpiginosus, die vor 12 Tagen an die Klinik kam mit sehr bedeutender Salivation wegen der Mitaffection der Mundschleimhaut. Jetzt befindet sich die Kranke in dem Stadium, wo die Herde mit blättrigen Schuppen bedeckt sind. Während dieselben sich unter entsprechender Behandlung überhäuten, sieht man über der linken Tonsille eine scharf begrenzte scheibenförmige nekrotische Masse, nämlich den Herd einer Blase von Pemphigus foliaceus. Da der Pemphigus oft an der Schleimhaut beginnt und dort sogar Nachschübe zeigt, ohne dass auf der allgemeinen Decke Blasen vorhanden sind, so ist wohl manchmal die Diagnose schwer, namentlich wenn man die Kranken nicht längere Zeit beobachten kann.

Neumann zeigt 2. eine 54jähr. Frau mit Lichen planus. An den Ober- und Unterextremitäten, am Stamme, namentlich an den Lenden, am Rücken und in der Kreuzbeingegend, an Hand- und Fussrücken, selbst an der Planta linsengrosse, blassrothe mit centraler Delle und festhaftenden Schuppen versehene Knötchen, dieselben an den Unterschenkeln und am Rücken lividroth, zwischen ihnen namentlich um die Handgelenke zahlreiche miliäre frische Efflorescenzen. Die Haut des Körpers vielfach zerkratzt, pigmentirt. Theer-Injectionen mit Solutio Fowleri 4 : 20. An den Unterschenkeln und namentlich an der Planta hat die Affection ganz das Aussehen einer Psoriasis syphilitica.

Lang erinnert, dass bis jetzt noch kein Fall vorgestellt wurde, der eine Combination von Lichen ruber acuminatus und Pityriasis pilaire oder einen Uebergang des einen Bildes in das andere darbot.

Neumann zeigt 3. eine Kranke, die neben tertiären Erscheinungen von Syphilis an der Haut noch am Genitale nässende Papeln darbietet. Eine solche Vereinigung von tertiären mit secundären Formen findet sich namentlich bei dyskrasischen Individuen. Besonders interessant sind die in Gruppen gestellten Narben am Unterschenkel. Bisher ist die Kranke noch nicht behandelt.

4. eine Kranke, die vor einer Woche mit der Diagnose „venerisches Geschwür“ auf die Klinik transferirt wurde. Bei näherer Untersuchung erwiesen sich die in der Vulva und an der Innenseite der Labien vorhandenen Geschwüre als aphthöse; es waren meist linsen- bis silbergroschengrosse, theils auch kleinere, scharf umschriebene, mit fest anhaftendem gelbem Belag versehene Stellen. Das Mädchen ist Virgo intacta. Solche aphthöse Geschwüre kommen namentlich in Verbindung mit Aphthen der Mundschleimhaut vor, zumeist werden Mägde befallen, die auf faulem Stroh oder Heu schlafen. Wenn die aphthösen Geschwüre zunehmen, treten Erytheme der Haut auf ad nates, an den Oberschenkeln, ähnlich dem Erythema papulatum. An der Klinik wurden bis jetzt schon 3 solcher Fälle beobachtet.

Hochsinger fragt, ob N. diese aphthösen Geschwüre für ätiologisch identisch hält mit der Stomatitis aphthosa der Kinder, der die Affection sehr ähnlich sieht. Für die erstere hat die Forschung eine Entstehungsquelle in den Staphylococcen gefunden.

Neumann. Die Stomatitis aphthosa der Kinder kommt gleichzeitig mit universellen aphthösen Geschwüren an der Vaginalportion und am äusseren Genitale vor. Daneben gibt es eine zweite Form bei Erwachsenen in einzelnen schmerzhaften tiefgreifenden aphthösen Geschwüren bestehend, wie sie z. B. in Begleitung von Magencatarrh sich findet. Das letztere entspricht der demonstrirten Affection. In den auf N.'s Klinik beobachteten Fällen konnte der Staphylococcus aureus gezüchtet werden.

5. zeigt er einen 19jähr. Mann mit Psoriasis universalis, der sich seit 5 Wochen an der Klinik befindet und bis jetzt durch 45 Injectionen von Solut. fowleri (4 : 20) gebessert ist, dass zahlreiche Efflorescenzen ganz abgeflacht sind. Es ist dies bisher der 4. in dieser Weise an N.'s Klinik behandelte Fall.

Höck demonstrirt zwei Fälle, welche an Arthritis blennorrhoica metastatica nach Augenblennorrhoe leiden.

Der erste Fall betrifft einen Knaben, welcher am 8. Oct. auf der I. geburtshilflichen Klinik geboren und am 20. Oct., weil mit Ophthalmoblennorrhoe beider Augen behaftet, auf die Augenabtheilung der n.-österr. Landes-Findelanstalt aufgenommen wurde. Das Kind befand sich relativ wohl bis zum 24. Oct., an welchem Tage am linken Sprunggelenke eine deutlich wahrnehmbare Schwellung auftrat. Eine gleiche Schwellung zeigte am 26. Oct. das linke Handgelenk (Umfang = $8\frac{1}{2}$ Cm.), eine ebensolche Schwellung, wenn auch etwas im geringeren Grade, das rechte Handgelenk (Umfang = $7\frac{1}{2}$ Cm.). Am 27. Oct. trat am linken Auge ein Ulcus auf, das rasch perforirte. In dem Secrete beider Augen zahlreiche Gonococcen. Am 28. Oct. war die Schwellung des linken Sprunggelenkes bereits so stark (Umfang links = 10 Cm., rechts 9 Cm.), dass behufs Vornahme einer bakteriologischen Untersuchung die Punction des Gelenkes vorgenommen werden konnte. Entleert wurden mittelst steriler Pravaz'schen Spritze eine kleine Menge serös-eitriger Flüssigkeit. In den davon angefertigten directen Präparaten zeigten sich zahlreiche typische Gonococcen. Das Culturver-

fahren, welches auf Serum, Agar und Harnagar vorgenommen wurde, bestätigte gleichfalls das Vorhandensein und zwar das alleinige Vorhandensein von Gonococcen in dem Gelenksexsudate. Aus dem linken Handgelenke, welches wohl auch bedeutend geschwellt war, konnte wegen der schweren Zugänglichkeit der Gelenke kein Exsudat gewonnen werden.

Eine am 30. Oct. wiederholte Punction des linken Sprunggelenkes hatte dasselbe Resultat zu Folge.

Der zweite Fall betrifft einen dreiwöchentlichen Knaben, welcher ebenfalls an Ophthalmoblennorrhoe beider Augen leidet, in deren Secrete ebenfalls zahlreiche Gonococcen nachgewiesen wurden.

Am 6. Nov. trat unter mässiger Fieberbewegung (Temper. 38·2 bis 38·5) eine ganz bedeutende Schwellung des linken Kniegelenkes auf. Umfang des linken Kniegelenkes auf der Höhe der Patella beträgt 13 Cm., rechts 11 Cm. Starke Ausbauchung der Gelenkskuppe. Deutlichste Fluctuation. Deutliches Ballotement der Patella. Bei der noch am selben Tage vorgenommenen Punction konnten circa 2 Ccm. einer serös-eitrigen Flüssigkeit gewonnen werden, in welcher ebenfalls sowohl durch die betreffenden Farbenreactionen als auch culturell (auf Serum-Agar und Harn-Agar) Gonococcen in reichlichem Masse nachgewiesen wurden. Meiner Ansicht nach steht es also ausser allem Zweifel, dass es sich hier wieder um Gelenksmetastasen und zwar um rein gonorrhoische Gelenksmetastasen nach Augenblenorrhoe handelt. Ich hatte seit ungefähr 7 Monaten bei mir Gelegenheit, 4 solche Fälle zu beobachten.

In Betreff der zwei ersten Fälle, welche ich beobachtet habe, verweise ich auf den kürzlich in der Wr. klinischen Wochenschrift mitgetheilten „Beitrag zur Arthritis blennorrhoica metastatica.

Auffallend bei dem ersten dieser 2 Fälle war mir das gänzlich fieberlose Auftreten der Gelenksschwellungen, sowie der Umstand, dass mit Ausnahme der Schwellung des linken Sprunggelenkes, welche noch zur Zeit besteht, die Anschwellungen der Handgelenke mehr einen ephemeren Charakter darboten, eine ganz gleiche Erscheinung, wie es der 2. von mir bereits publicirte Fall darbot, wo nacheiuander Sprunggelenke — Handgelenke ergriffen wurden, Schwellungen zeigten, die aber ebenso rasch — als sie entstanden, ohne irgend welche Folgen zu hinterlassen — wieder verschwanden.

Hochsinger weist auf eine kürzlich erschienene Arbeit hin, wo unter 100 Fällen 40mal die Gonococcen vermisst wurden. Ferner ist in der letzten Zeit ein Fall von Niehden beschrieben worden, wo ein Kind, trotzdem es in den intacten Eihäuten geboren wurde, an Blennorrhoe erkrankte; im Secrete der Vagina fanden sich keine Gonococcen. Man könnte demnach sich fragen, ob nicht auch bei den demonstrirten Fällen andere Mikroorganismen wirksam waren.

Höck. Bezüglich des Befundes von Gonococcen kommt es wesentlich auf die Zeit der Untersuchung an, indem dieselben mit dem Alter der Infection immer seltener werden. Diejenigen Fälle, wo man keine Gono-

coccen fand, beweisen nicht, dass nicht früher Gonococcen vorhanden waren.

Finger. An Erwachsenen kennen wir 2 Formen von gonorrhoischer Arthritis, eine Form mit den acuten Erscheinungen einer Pyaemie, oft mit letalem Ausgang, wo es sich um eine Mischinfection handelt. Daneben sehen wir — ich habe in der letzten Zeit 3 Fälle gesehen — acut verlaufende Arthritiden, die sich bei Erwachsenen mit Vorliebe an den kleinen Gelenken localisiren. Sie setzen acut ein mit mässiger schmerzhafter Schwellung, darauf folgt bald ein subacutes sehr hartnäckiges Stadium, das zur Bildung von Bindegewebe führt (2 von den 3 Fällen). Diese Bindegewebsbildung kommt dem Gonococcus überall zu, sowohl bei der Gonorrhoe des Mannes als bei der des Weibes, bei den Adnexenerkrankungen, Peritonitiden.

Wertheim. Sogar in so offen gelegenen Gebieten wie in der männlichen Urethra und der Bindehaut finden wir neben den Gonococcen niemals andere Organismen, ausser zufällig hineingerathene. Ja selbst, wenn ein Individuum mit chronischer Gonorrhoe eine acute Gonorrhoe acquirirt, verschwinden mit dem Auftreten der Gonococcen die anderen Saprophyten, dasselbe sehen wir auch bei der Augenblennorrhoe der Neugebornen. Die Frage der Mischinfection ist ja überhaupt wenigstens für manche Capitel der Gonorrhoe endgiltig entschieden. Wir haben es gar nicht nothwendig, auf Mischinfection zu recuriren, da der Gonococcus allein Bindegewebsbildung hervorrufen kann. Ich habe selbst in dem von Höck angefertigten Präparate aus dem Secrete der demonstrirten Affection neben den Gonococcen nicht einen einzigen anderen Mikroorganismus finden können. Auch in den Culturen wuchsen nur Gonococcen.

Königstein. Es ist zwar sehr interessant, dass von Seiten der Bindehaut Blennorrhoe derartige eitrige Gelenksentzündungen hervorgerufen werden, dass es aber bis jetzt nicht gelungen ist, eine ordentliche Impfung mit gonorrhoischem Virus in der Vorderkammer durchzuführen. Bei einem solchen Versuch entsteht nach 24 Stunden eine Gerinnung, in der man gar keine Gonococcen findet. Die dabei entstandene Entzündung schwindet spätestens in 3—4 Tagen. Wenn es verschiedene Arten von Gelenksschwellung gibt, eine ephemere und eine länger dauernde, so musste man auch für die Augenblennorrhoe zweierlei verschiedene Agentien annehmen. Ueber Mischinfection soll damit natürlich kein Urtheil abgegeben sein.

Wertheim. An dem Misslingen der Impfung in die Vorderkammer war vielleicht die geringe Virulenz der Culturen oder ein anderer Umstand Schuld. Bei Impfung auf die Urethra hat W. immer einen prompten Erfolg constatirt, am 3. Tage war bereits profuse Eitersecretion vorhanden. Für die Frage der Möglichkeit von Metastasenbildung ist die kürzlich erschienene Arbeit von Leyden über Endocarditis gonorrhoica von Interesse. In den Klappenauflagerungen fanden sich ausschliesslich Gonococcen, die stellenweise ins Gewebe eingedrungen waren, stellenweise intracellular sich fanden.

F i n g e r. Wenn wir eine Reincultur überimpfen, so impfen wir die Ptomaine und die Gonococcen. Erstere sind entschiedene Entzündungserreger und ihre Wirkung ist die sofort an die Impfung sich anschliessende Entzündung. Von der Virulenz der Gonococcen hängt es nun ab, ob auch die letzteren eine Entzündung hervorzurufen im Stande sind.

E h r m a n n hat in Proben, die Lymphgefässen entnommen waren, Gonococcen durch Färbung nachgewiesen. Die Ansicht N e i s s e r 's, Gonococcen könnten nur im Epithel vegetiren, ist bereits umgestossen.

L a n g. Dass Gonococcen zu Metastasen führen können, ist zweifellos. L. hat einen diesbezüglichen Fall mit einem Abscess am Handrücken in der Gesellschaft vorgestellt. Doch darf man nicht so ohne weiters die Metastasen bloss auf Gonococcen beziehen. Dem Falle L e y d e n's steht eine sehr genau verfolgte bakteriologische Beobachtung einer ulcerösen Endocarditis von Weichselbaum gegenüber; der Fall endete letal. Bei genauester Untersuchung fanden sich keine Gonococcen als Ursache der Metastasenbildung.

W e r t h e i m wollte natürlich die Möglichkeit einer Mischinfection überhaupt nicht leugnen.

H o c h s i n g e r möchte nicht die ätiologische Natur der Gelenksaffection in Bezug auf ihren Zusammenhang mit dem Gonococcus in Frage stellen. Diese Affection hat eine grosse Aehnlichkeit mit einer andern ein paarmal von H. bei Kindern beobachteten, die gleichzeitig eine Exulceration oder Erosion des Nabels darboten. Dabei fanden sich Gelenksmetastasen, deren Eingangspforte für die Infection wohl im Nabel zu suchen war. Interessant ist es, diese Fälle mit dem von H ö c k demonstrirten zu vergleichen, weil jüngst von E p s t e i n die Anregung ergangen ist zu untersuchen, ob nicht die „Blennorrhoe des Nabels“ auf gonorrhoischer Basis beruhe.

Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Acute und chronische Infectionskrankheiten.

1. **Manning**, M. S. On the skin eruptions, which occur in septicaemia following scarlet fever and diphtheria. The Brit. Med. Journ. 1. April 1893.
2. **Thomson**, Hugh. Inocul. of measles. The Brit. Med. Journ. 8. April 1893.
3. **Giarré**, Carlo. Anasarca postmorbilloso. Lo Sperim. An. XLVI. Nr. 21.
4. **Kennedy**, J. M. Report of three cases of scarlet fever with secondary attades, occurring in one family. Medic. Record. N. York. 15. April 1893.
5. **Chiari**, H. Ueber Osteomyelitis variolosa. Beiträge zur pathol. Anat. und zur allg. Pathologie. Ziegler. Bd. XIII.
6. **Guarneri**, Giuseppe. Ricerche sulla Patogenesi ed Etiologia dell' infezione Vaccinica e Vaiolosa. Arch. per le scienze med. Vol. XVI. Nr. 22.
7. **Montgommery**, D. W. Case of lupus of the nose. The St. Louis Med. and Surg. Journ. Febr. 1893.
8. **Beaven Rake**. The value of surgery in leprosy. The St. Louis Med. and Surg. Journ. April 1893.
9. **Beaven Rake**. Visceral tuberculosis in leprosy. The Lancet. 1. April 1893.

(1) Der Aufsatz Manning's ist seinem Inhalt nach identisch mit dem in diesem Archiv bereits referirten (Archiv, XXV. Jahrgang, 1893 p. 502) desselben Verfassers aus der Lancet vom 13. August 1892.

Sternthal.

(2) Thomson hat in 9 Fällen Kinder mit frischem Serum geimpft, das er aus Bläschen Masernkranker entnahm. Die ersten beiden Fälle wurden durch die Inoculation anscheinend immun gemacht; bei einem dritten Kinde, das schon Prodromalerscheinungen aufwies, wurden die ausbrechenden Masern entschieden gemildert; der Ausschlag war sehr gering, Complicationen fehlten, während bei dem erkrankten Schwesterchen schwerste Masern mit Lungencomplicationen bestanden. Ebenso war es bei dem 4. Falle. Der 5. Fall wurde ebenso immunisirt wie der erste und

zweite. Der 6. Fall muss ausgeschieden werden, da das Kind, als es geimpft wurde, schon Masern gehabt hatte. Im 7. und 8. Fall erkrankten die Kinder trotz der Impfung an regulären Masern; jedenfalls war hier das inoculirte Material zu schwach. Der 9. Fall wurde immunisirt.

Sternthal.

(3) Giarré beschreibt einen Fall von ausgebreiteten Oedemen der Haut, die direct im Anschlusse an Morbillen von heftiger Dysenterie begleitet, aufgetreten waren. Das 4jährige Kind erkrankte gleichzeitig mit einem Bruder an Morbillen. Nach vier Tagen war wohl das Exanthem vollständig ausgebrochen, das Fieber fiel jedoch nicht ab, sondern blieb continuirlich, wobei das Kind über sehr heftige Kopfschmerzen klagte. Dabei begann sich eine starke ödematöse Anschwellung im Gesichte, namentlich an den Augenlidern und an den Extremitäten geltend zu machen, die ziemlich rasch zunahm, sich auch auf den Stamm verbreitete, wo namentlich der Rücken stark angeschwollen war. Auch die grossen Labien zeigten eine bedeutende Schwellung. Ausserdem war heftige Dysenterie vorhanden. Die zahlreichen Stühle waren flüssig, fötide riechend, vermischt mit Schleim und Blut, von graugelber Farbe; dabei heftiger Tenesmus, leichter Vorfall der Rectalschleimhaut. Sonst war nichts pathologisches zu entdecken; namentlich keine Affection der Nieren; der mit dem Catheter entnommene Harn war ganz eiweissfrei; keine Erkrankung des Herzens; kein Katarrh der Respirationsorgane. Die Untersuchung des Blutes ergab fast normale Verhältnisse.

Die Temperatur war mässig, aber constant erhöht. Fast in der sechsten Krankheitswoche wurde das Fieber remittirend, um im Verlaufe der nächsten drei Wochen ganz nachzulassen, wobei unter allmäligem Schwinden der Oedeme das Kind ganz genas.

Zur Zeit der stärksten Oedeme wog das Kind 17·5 Kg., nach 20 Tagen jedoch nur 12·3 Kg. Da Verf. diese Oedeme weder unter die bei Nephritis oder Herzaffectionen vorkommenden einreihen kann, da durchaus keine Beziehungen zum Myxödem vorhanden waren, es sich auch nicht als angioneurotisches, kachektisches oder rheumatisches Oedem erklären liess, glaubt er es für ein essentielles Oedem halten zu müssen, welches in directem Zusammenhange mit der vorher durchgemachten acuten Infectionskrankheit steht. Spietschka.

(5) Chiari untersuchte die Knochen von 22 nach Variola Verstorbenen u. zw.: 5 im Stadium eruptionis, 9 aus dem Stadium suppurationis, 8 Stadium exsiccationis, 2 von Variola peracta.

Es wurde namentlich das Mark der grossen Röhrenknochen, Femur und Tibia untersucht. In 19 von diesen 22 Fällen fanden sich im Knochenmarke Erkrankungsherde und zwar Entzündung mit Nekrose; sie stimmen also überein mit den Variolaefflorescenzen an Haut und Schleimhaut. Im Stadium eruptionis noch klein und schwerer zu finden, waren sie im Stadium suppurationis und exsiccationis mit Ausnahme eines Falles stets und bis halberbsengross vorhanden; je weiter die Krankheit vorgeschritten war, desto mehr trat die Nekrose in den Vordergrund. Eiterung war dabei

nie vorhanden. Aus äusseren Gründen konnten nur in wenigen Fällen auch andere Knochen untersucht werden, jedoch auch in diesen fanden sich stets Erkrankungsherde vor, so dass angenommen werden muss, dass die Osteomyelitis variolosa im ganzen Knochensystem verbreitet vorkommt und eine ebenso häufige und wahrhaft variolöse Erkrankung ist wie die von demselben Forscher zuerst gewürdigte Orchitis variolosa.

Spietschka.

(6) Guarneri beobachtete in Schnittpräparaten von Variolapusteln, die dem Cadaver entnommen waren, in den Epithelzellen der Haut kleine Körperchen, die er in Folge seiner weiteren Untersuchungen für einen Parasiten hält. Diese Körperchen, die sich mit den gewöhnlichen Färbemitteln gut färben, liegen in einer Aushöhlung des Protoplasmas der Epithelzelle, gewöhnlich einzeln, selten zu zweien oder mehreren. Meist finden sie sich in einer bestimmten Entfernung vom Kerne der Zelle, der dann flach und nach dem andern Pole der Zelle gedrängt ist. Sehr selten liegen sie dem Zellkerne an, welcher dann oft eine Einbuchtung zeigt, welche dem Körperchen entspricht, woraus Verf. auf eine grössere Consistenz dieser Körperchen schliesst. Sehr selten sind sie in einer Höhle oder Nische des Kernes selbst eingebettet. Am deutlichsten sind sie an den beginnenden Efflorescenzen im Stadium papulosum zu beobachten. Hier finden sich im Centrum des Erkrankungsherdes die grössten Körperchen vor, während sie peripherwärts immer kleiner werden, was Verf. dadurch erklären zu können glaubt, dass sie sich in verschiedenen Entwicklungsstadien befinden. Ist bereits Pustelbildung eingetreten, so sind die Körperchen im Centrum, wo der Zerfall sich vorfindet, nur sehr schwer nachweisbar, dagegen sind sie in den peripheren Theilen, die sich gewissermassen im präpustulären Stadium befinden, wohl vorhanden.

Aehnliche Befunde geben die Efflorescenzen an den Schleimhäuten. Ferner konnten in den Efflorescenzen, die durch Impfung mit Vaccine hervorgerufen worden waren, ganz ähnliche Körperchen nachgewiesen werden. Die verschiedensten Culturversuche fielen vollkommen negativ aus (entsprechend dem Malariaplasmodium).

Um diese Körperchen im lebenden Zustande beobachten zu können, impfte Verf. Vaccine wie auch Variolapustel-Inhalt unter das Epithel der Cornea des Kaninchenauges.

Die dadurch hervorgebrachten Efflorescenzen wurden in den verschiedensten Stadien ihrer Entwicklung durch einen ganz flachen Schnitt mit dem Rasirmesser abgetragen und in der mit der Thränenflüssigkeit des Kaninchens gefüllten Kammer am erwärmbaren Objecttisch beobachtet.

Hier zeigten sich die Körperchen, die ein starkes Lichtbrechungsvermögen besitzen, in gleicher Weise gelagert, wie in den gehärteten Präparaten, jedoch konnten hier deutlich amöboide Bewegungen an denselben beobachtet werden, die etwas langsamer stattfinden als die der Malaria Amoebe im Blute. Bei genauester Beobachtung mit den stärksten Vergrösserungen konnte an diesen Körperchen eine Zellmembran, ein Zelleib und ein Zellkern nachgewiesen werden. Ferner konnte Verf. Bilder be-

obachten, die eine Vermehrung durch Caryokinese (indirecte Zelltheilung) und eine durch Gimnosporen (Sporenbildung) annehmen lassen. Nach allen diesen Beobachtungen glaubt Verf. diese amöbenartigen Körperchen in einen causalen Zusammenhang mit den Veränderungen der Haut, wie sie bei Bildung der Variola- und Vaccineefflorescenzen statthaben, bringen zu können. So entstehe die Aushöhlung des Zellprotoplasmas, in welcher die Parasiten liegen, dadurch, dass ihm das Materiale der Zelle als Nahrung gedient hat etc. Verf. gibt zum Schlusse diesen Körperchen, in welchen er den Infectionsträger der Variola und Vaccine gefunden zu haben glaubt, den Namen Citorydes scil. Variolae oder Vaccinae.

Spietschka.

(7) Montgommery theilt einen Fall von Lupus des rechten Nasenflügels mit, der insoferne Interesse verdient, als er der Diagnose grosse Schwierigkeiten machte. Der Patient war 42 Jahre alt, hatte vor 16 Jahren ein Geschwür hinter der Corona glandis und bemerkte vor 4 Monaten 2 Bläschen am rechten Nasenflügel, die sich rasch in Geschwürchen mit steilen, wie mit dem Locheisen herausgeschlagenen Rändern und mit schmutzig-grauem Grunde verwandelten. Patient wurde erfolglos antisyphilitisch behandelt, vielmehr unterminirten die Geschwüre die zwischen ihnen gelegene Haut. Als diese Hauptbrücke excidirt war, zeigte sie mikroskopisch ein deutliches Hineinwuchern des Epithels in die Tiefe. Trotz gesteigerter Jodkalidosis (bis 120 Gr. pro die) brach das Geschwür die Nasenhöhle durch, worauf ein dreieckiges Stück mit der kranken Stelle herausgeschnitten wurde. Mikroskopisch fand sich dasselbe wie bei der Probeexcision: epitheliale Infiltration, die sich von der bei Epithelien nicht unterscheiden liess, und ausserdem diffuse, entzündliche Infiltration des Bindegewebes, wie es ebenfalls oft bei Krebs vorkommt. Acht Wochen, nachdem der Patient sich zuerst gezeigt hatte, erschien auf der Narbe ein Schorf, und als dieser abgehoben war, lagen 2 Geschwüre darunter, die genau wie die früheren aussahen. Diesmal wurde ein grösseres Stück Gewebe entfernt. Bei der mikroskopischen Untersuchung desselben fanden sich Tuberkel und Langhans'sche Riesenzellen. Verf. macht darauf aufmerksam, dass dieser Fall zur Illustration der Angabe verschiedener Pathologen dient (Klebs, Councilman, Karg), dass bei Granulomen, besonders Lupus die Epithelzellen oft in das unterliegende Bindegewebe hineinwuchern, so dass an einigen Stellen histologisch der Process genau einem Epitheliom gleicht. Karg hat jüngst wieder einen solchen Fall veröffentlicht.

Sternthal.

(8) Beaven Rake bemerkt, dass die Thatsache, dass wir der Lepra gegenüber therapeutisch machtlos sind, leicht dazu veranlassen kann, manche Massregeln zu vernachlässigen, die den Leidenden Erleichterung verschaffen könnte. In der palliativen Behandlung der Lepra leistet die Chirurgie weit mehr als die interne Medicin, soll deshalb auch ausgiebig benutzt werden. Wenn man a priori glauben sollte, dass bei einer so erschöpfenden, verheerenden Krankheit wie Lepra Wunden langsam und unvollkommen heilten und dass es zu einer chronischen Eiterung kommen

müsste, so lehrt die Erfahrung, dass Incisionen bei Leprösen mit erstaunlicher Geschwindigkeit und mit fester Narbe heilen; ja die Heilung scheint sogar bei ihnen schneller als bei Gesunden zu erfolgen, was wahrscheinlich auf der schnelleren Gerinnung des Blutes beruht, dessen Procentgehalt an Fibrin gesteigert ist. Verf. hat nun im Lepra-Asyl auf Trinidad innerhalb 6 Jahren 1996 Operationen ausgeführt, von denen er eine Tabelle gibt. Die meisten Operationen wurden bei anästhetischer Lepra unternommen und zwar 1487 bei männlichen und 88 bei weiblichen Kranken mit anästhetischer Lepra. Von tuberöser Lepra wurden nur 83 Männer und 26 Weiber, von gemischter 300 Männer und 10 Weiber operirt. Die Frauen sind an den Operationen mit insgesamt nur 124 Fällen betheiligt, obwohl deren Zahl entsprechend dem Procentverhältniss (1/4 sämmtlicher Spitalsinsassen sind Frauen) 500 sein müsste. Diese geringe Zahl wird erklärt durch die Thatsache, dass die Frauen weniger schwere Arbeit ausserhalb des Asyls verrichten als die Männer. Bei diesen Arbeiten (es sind Garten- und Feldarbeiten) werden Finger und Hände häufig mit den Arbeitsgeräthschaften verletzt und dadurch Geschwüre, Abscesse, Knochennecrosen etc. hervorgerufen. Verf. bespricht nun die einzelnen Operationen, zunächst die Amputationen, legt die Gründe dar, weswegen sie ausgeführt wurden nnd zeigt, dass sie meist lebensverlängernd wirkten. — Nervendehnungen wurden 113mal ausgeführt. Malum perforans pedis heilte häufig nach Dehnung des Ischiadicus in wenigen Tagen, brach allerdings auch wohl wieder auf. Intensive Schmerzen, wegen deren die Patienten Amputation verlangten, wurden 9mal durch Nervendehnung zum Verschwinden gebracht. In 2 Fällen, in denen der Schmerz nach 4 Monaten resp. 1 Jahr wiederkehrte, wurde der Nerv. popliteus ext. mit gutem Erfolge gedehnt. In 33 von 100 Fällen wurde wegen Anästhesie gedehnt, jedoch ohne Erfolg; ebenso ohne Erfolg in 18 Fällen, um zu sehen, ob die Dehnung auf die lepröse Infiltration der Haut von Einfluss wäre. Die Resultate der Dehnungen lassen sich folgendermassen wiedergeben: 1. In 47 von 100 Fällen wurde grössere oder geringere Besserung erzielt. 2. Der freigelegte Nerv wurde in 48 Fällen verdickt gefunden. 3. Hauptindicationen für die Operation sind Ulcus perforans, einige Fälle von Necrosis und der mit Ulcus perforans resp. mit peripherer Neuritis verbundene Schmerz. 4. Der Nerv. ischiadicus ist am geeignetsten für die Dehnung, da er den Spinalganglien näher ist. (Victor Horsley hat gezeigt, dass wenn das Lendenmark im todten Körper freigelegt ist und der Ischiadicus gedehnt wird, sich die Wirkung der Dehnung bis zum Sacralplexus beobachten lässt. Die Nervenwurzeln werden nach abwärts gezogen und so das Lendenmark erschüttert. Die Besserungen nach der Dehnung sollen auf Veränderungen in den Spinalganglien beruhen, die durch diese Vorgänge zu Stande kommen.) Verf. gibt nun Krankengeschichten, um die Erfolge der Dehnungen anschaulicher zu machen. — 630mal wurden todte Knochen oder Knorpel entfernt. Geschwüre und Buchten heilen schnell nach Entfernung todter Knochen. Excision von Knoten gibt oft ermuthigende Erfolge, später erscheinen Recidive, die neue Operationen nöthig machen. Die Entfernung

von Knoten der Conjunctiva ist unbefriedigend, da die Cornea gewöhnlich zeitig mit ergriffen ist und vollständige Exstirpation der Masse unmöglich st. Wuchernde Granulationen wurden 15mal entfernt. Papillom vom Fusse wurde 1mal entfernt. Yaw wurde zweimal operativ behandelt, die Knoten excidirt und Hg. und K.-J. interne gegeben. Ligaturen wurden 5mal gemacht, um Knoten der Conjunctiva im Wachsthum zu hemmen; vergeblich, da sich bald Collateralcirculation einstellte. Incisionen wurden 1016 gemacht. Bei der ersten Indication von Necrose an leprösen Extremitäten incidirt Verf. bis auf den Knochen; seiner Ueberzeugung nach wird dadurch sehr wirksam Gangrän oder diffuse Suppuration verhindert. 24mal wurde das Ulcus perforans nach folgender Methode mit gutem Resultat behandelt: Ein Bistouri wurde von der Sohle bis zum Fussrücken durchgeführt und alle Gewebe nach vorn zu durchschnitten, so dass das Bistouri zwischen den Zehen herausgezogen wurde. Liegt das Geschwür zufällig einer Seite des Fusses näher, so wird das Bistouri seitlich durchgezogen. Die so entstehende klaffende Wunde wird mit Borlint ausgestopft und dann lässt man sie vom Grunde aus granuliren. Die Blutung ist gewöhnlich unbedeutend. Ein Patient wurde wegen tuberculöser Lepra des Larynx tracheotomirt. Eine Herniotomie wegen eines eingeklemmten Leistenbruches bei einem schon 32 Jahre an Lepra anaesth. Erkrankten heilte mit fester Narbe in 22 Tagen. Cataract wurde 5mal operirt. Iridectomie wurde ebenfalls ausgeführt. Eingestreute Krankengeschichten illustriren den Nutzen des chirurgischen Eingreifens bei Lepra.

Sternthal.

(9) Beaven Rake hat experimentell die Frage geprüft, ob die bei Sectionen häufig in den Eingeweiden gefundenen Tuberkel, die oft in den Lungen zu grossen Höhlen einschmelzen, und ebenso ob die käsigen Bronchial- und Mesenterialdrüsen Producte der Lepra oder der Tuberculose wären. Er kommt auf Grund von Impfversuchen zu dem Schlusse, dass diese visceralen Knoten und die Drüsen tuberculöse und nicht lepröse wären. Er glaubt auch, dass es möglich wäre, dass Lepra und Tuberculose durch denselben Bacillus veranlasst wären; doch ist dies noch nicht bewiesen.

Sternthal.

Erythematöse, ekzematöse, squamöse Entzündungsprocesse.

1. **Fisher**, Theodore. Erythema of the face of butterfly distribution. The Lancet. 7. Jan. 1893.
2. **Lanz**, A. Zur Casuistik der Arzneiexantheme. Med. Obosrenje. Moskau 1892. Bd. 38, p. 105.
3. **Rossi**, A. Ricerche anatomo patholog. sull' Eczema squamoso. Istituto di Anatomia patologica della R. Universita di Napoli diretto dal Prof. O. v. Schroen. 1890.

4. **Dyer**, Isadore. Reflex eczema in children, with a clinical analysis of thirty selected cases. Med. Record. N. York. 21. Jan. 1893.
5. **Petrilli**, T. Il solfuro di Zinco Idrato in Dermatologia. Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle. Anno XXVIII. Fasc. 3.
6. **Robinson**, Tom. Rapid production of purpura after small doses of jodide of potassium. The Lancet. 4. März 1893.
7. **Boeck**, C. Fortgesetzte Beobachtungen seltener Hautkrankheiten in Norwegen. Dermatitis herpetiformis (Dühring). Norsk mag. for Laegevidenskoben 1892, p. 1383.
8. **Boeck**, C. Fortgesetzte Beobachtungen einzelner seltenerer Hautkrankheiten in Norwegen. 1. Herpes s. dermatitis gestationis, 2. Hydroa vacciniforme, Bazin und eine noch nicht beschriebene vesiculöse Krankheit; 3. Dermatitis herpetiformis circumscripta s. circinata. Norsk. Mag. for Laegevidenskoben 1893, p. 532—555.
9. **Mantegazza**, Umb. Note istologiche sopra alcuni casi di Psoriasi. Giornale ital. delle mal. vener. e della pelle. XXVIII. Tesc. I.
10. **van Haren Noman**, D. Pityriasis pilaris (Devergie). Weckblad van het Nederlandseh. Tydschrift van Glneeskundige. 1893. Nr. 11.
11. **Wertheimber**. Zur Behandlung der Verbrennung im Kindesalter. Münchener medic. Wochenschr. 1892. Nr. 31, p. 547.
12. **Rossi**. Ricerche anatomo-patologiche sul Pemfigo. Istituto di Anatomia patol. della R. universita di Napoli diretto dal Prof. O. von Schrôn. 1890.
13. **Sherwood-Dunn**, B. Pemphigus with polymorphus erythema. Medic. Record. N. York. 18. März 1893.
14. **Witthauer**, K. Die therapeutische Verwerthung des Hydrargyrum sozojodolicum. Münch. medic. Wochenschr. 1892, Nr. 34, p. 602.

(2) Die bisher in der Literatur bekannten Fälle von Arzneiexanthemen vermehrt Lanz durch eine von ihm gemachte Beobachtung von Dermatitis medicamentosa diffusa ex usu opii. Die Diagnose konnte mit absoluter Sicherheit gestellt werden. Das Exanthem wurde zweimal durch pulv. Doveri (das erste Mal war die Dosis unbekannt, das andere Mal betrug sie 5 Gran), einmal durch gtt. V tinct. opii simpl. hervorgerufen. Das erste Mal brach das Exanthem nach 8 Stunden, das zweite und dritte Mal nach je 7 Stunden unter Temperatursteigerung bis auf 38·3° beim zweiten und 38·0° beim dritten Mal auf. Das erste Mal war die Temper. nicht gemessen worden. Das Erscheinen des Ausschlages wurde jedes Mal begleitet von wiederholten Schüttelfrösten, auf welche Hitzegefühl, Kopfschmerzen vorzüglich in der Stirn und in den Schläfen und Gefühl von Brennen und Ziehen in der Haut folgten. Ausserdem wurden Fehlen des Appetits, vermehrter Durst, Trockenheit im Munde und belegte Zunge constatirt. Was die Art des Ausschlages anbetrifft, so begann derselbe mit Röthung und Schwellung der Haut vom Kopf und erstreckte sich bis zu den Fussspitzen. In Folge der Anschwellung waren die normalerweise vorhandenen Furchen verstrichen und die Haut war gespannt. Am 2. Tage begann sich die Epidermis in Lamellen, an Händen und Füssen

sogar in toto in Form von Handschuhen und Pantoffeln abzustossen. Gleichzeitig mit der Hautentzündung konnte auch im besprochenen Falle eine Mitbetheiligung der Schleimhaut constatirt werden, und zwar beobachtete Verf. eine Hyperämie der Schleimhaut des Mundes und des Rachens. A. Lanz.

(3) Rossi bringt nach einer kurzen Betrachtung der Literatur über die Histologie des Eczema squamosum, in welcher er nur Oberflächlichkeit und Widersprüche finden zu können glaubt, seine eigenen histologischen Untersuchungen, die er an der schon seit langer Zeit in Alkohol aufbewahrten Haut eines einzigen Falles vorgenommen hat. Neben der Vergrösserung der Papillen, der feuchten Durchtränkung und Infiltration des Bindegewebes gibt er als wichtigsten Befund den Mangel einer Ausdehnung der Gefässe an, welche im Vergleiche zu den stark ausgedehnten Lymphräumen normal oder fast verengt aussehen. Die Schweissdrüsen zeigen keine Veränderung, das Rete Malpighi hyperplastisch, besonders die Zapfen, desgleichen das Stratum granulosum reich an Eleidin, das Stratum corneum auf das 10fache verdickt. Zuletzt wird auf Grund dieser Beobachtungen eine kurze Erklärung der pathologischen Vorgänge in den verschiedenen Stadien des chronischen Ekzemes und seines ganzen Verlaufes gegeben. Spietschka.

(4) Nach Dyer kommen „Reflexekzeme" bei Kindern häufiger vor und sind sehr widerspenstig gegen die Behandlung. Die Erkrankung befällt hauptsächlich die Extremitäten und zwar die Streckseiten. Die Uebergänge von Haut und Schleimhaut werden im Gegensatz zum gewöhnlichen Ekzem nie ergriffen. Die Erkrankung beginnt mit rothen, scharfrandigen Flecken, die symmetrisch gestaltet und localisirt sind. Die Flecke vergrössern sich langsam, schuppen und nässen bisweilen. Durch Kratzen, Waschen und andere Reize wird der Process gesteigert. Diese Ekzeme hängen immer von anderen Störungen direct ab und verschwinden mit deren Beseitigung und kehren wieder, wenn diese Störungen Rückfälle machen. In ihren Symptomen ähneln diese Ekzeme anderen neurotischen Typen von Hauterkrankungen, besonders den Erythemen. Verf. gibt mehrere Beispiele, bei denen die Ekzeme erst verschwanden, nachdem die Grundursache z. B. Asthma oder adhärentes Präputium, beseitigt war. Ichthyol, Borsalben etc. erweisen sich wirksam, wofern nur die Reflex erregende Hauptkrankheit beseitigt wird. Sternthal.

(5) Petrilli berichtet über seine Erfolge, die er bei der Anwendung des schwefel. Zinkhydrates (ZnS, H_2O) namentlich bei Ekzemen erzielt hatte; sowohl bei äusserlicher, wie bei interner Verabreichung waren die Erfolge sehr gut, und es gelangten recht hartnäckige Fälle zur Heilung. Die Versuche über die Resorption des Mittels im Organismus und über dessen Elimination blieben resultatlos.

Spietschka.

(6) Ein 36jähriger Mann erhielt von Robinson eine Mixtur, die er 3mal täglich nehmen sollte, bestehend aus 10 Gr. Ammoniumchlorid,

1 Gr. Jodkali und 1 Drachme Rhabarberinfus. Nach 6 Dosen trat Reizung der Augen, der Nase und der Kehle ein. Nach 6 Tagen erschien ein Ausschlag auf den Armen, am 7. Tage war er über die Extremitäten mit Ausnahme der Hände verbreitet. Der Ausschlag bestand aus unregelmässig gestalteten Blutextravasaten. Jucken oder Schmerzen fehlten. Verf. weist auf die Gefahren hin, die Jodkali bei solchen Kranken erzeugt, die eine Jodidiosynkrasie haben. Sternthal.

(7) Im Anschluss an seine im Jahre 1888 in derselben Zeitschrift mitgetheilten Beobachtungen seltener Hautkrankheiten in Norwegen theilt Boeck mit, dass er die Absicht habe, seine Beobachtungen einzelner vesico-bullöser Hautkrankheiten darzulegen, worüber die medicinische Literatur des Landes noch nichts enthält, und beginnt mit Dermatitis herpetiformis (Duhring). Boeck betrachtet diese Krankheit nicht als selten und erwähnt 16 Fälle. Indem er völlig einräumt, dass es sehr schwierig, die mannigfachen Formen und Variationen der vesico-bullösen Krankheiten zu einer begrenzten Anzahl klinischer Bilder zu sammeln, erkennt Boeck den von Duhring aufgestellten Krankheitsbegriff, wie solcher jetzt aufgefasst wird, als vollkommen berechtigt und natürlich zusammengehörige Formen umfassend an. Nachdem die Auffassung der Krankheit von Seiten verschiedener, besonders französischer Verfasser sowie die abweisende Haltung der Wiener Schule (mit Ausnahme von H. v. Hebra) erwähnt worden, werden die für die Krankheit charakteristischen Symptome besprochen.

Nach mehr oder weniger heftigem Jucken erscheint ein in hohem Grade symmetrischer Ausschlag mit polymorphen Primär-Efflorescenzen: erythematösen Flecken, Papeln, Vesikeln und Bullen, zuweilen mit ringförmiger Anordnung. Auch Pusteln gehören mit zum Krankheitsbegriff.

An secundären Veränderungen auf der Haut kommen vor: Krusten und Schuppen, hyperämische und pigmentirte Flecke, oft Kratzwunden und Furunkeln als eine Folge von Infection mit Bakterien. Affection der Schleimhäute ist von B. nicht beobachtet.

Der Verlauf der Krankheit äusserst chronisch, aber das Allgemeinbefinden ist auffallend gut im Vergleich zu der steten Unruhe, welche wesentlich durch das Jucken hervorgerufen.

Von Complicationen beobachtete B. Zucker und Eiweiss im Urin und in einem einzelnen Falle Endocarditis.

Die ersten Fälle wurden lange vor Duhring's Beschreibung der Krankheit beobachtet und unter der Bezeichnung „Hydrorrhoea" aufgeführt.

Der Verf. macht aufmerksam auf die merkwürdige Vorliebe der Krankheit für einzelne Regionen der Haut. Die Haut um die Gelenke herum, besonders um Ellbogen- und Kniegelenk ist oft angegriffen. Auch die Region um die Axilla herum. Vom Ellbogen erstreckt sich die Krankheit häufig längs dem obersten Theil der Ulna. Dann kommt als die am häufigsten angegriffene Localität die Sacralregion und eine kleine be-

grenzte Partie meistens um den obersten Theil von der Rima inter na herum. Die Scapulirregion und der Hals bis an den Haarrand, sowie das Gesicht werden angegriffen. Fast das ganze Hautsystem kann der Sitz für die Krankheit sein, doch nach B.'s Erfahrung sind die obengenannten Stellen die am häufigsten angegriffenen. Hand- und Fusssohlen hat B. niemals angegriffen gesehen.

Es wird besonderes Gewicht auf die „verticale Correspondenz“ des Ausschlages gelegt.

Das Nervensystem scheint eine hervorragende Rolle bei der Pathogenese zu spielen. Die Fälle recrutiren sich aus allen Altersclassen, meistens Männer. Von den 16 Fällen waren 11 Männer und 5 Frauen. Der Sommer scheint zum Ausbruch disponirt zu haben.

Ein paar Fälle sind sicher geheilt, aber das weitere Schicksal der meisten Patienten konnte nicht weiter verfolgt werden, da sie sich nur wenige Male zeigten.

Von inneren Mitteln sind mit verschiedenem Nutzen angewandt: Arsenik, Thran, Eisen, Bromchinin, Antifebrin.

Local besonders: Thiol 1 Theil auf 3—5 Theile Wasser, 1—3mal täglich auf die kranken Stellen gepinselt.

Thumenol nicht so wirksam, zeigte sich jedoch in einem Falle wirksamer als Thiol. Milde Salben und das Jucken stillende Waschungen wurden oft gebraucht. Einfache lauwarme Wannenbäder, 2—3 Mal wöchentlich, während Vorsicht mit medicamentösen Bädern angerathen wird.

Krefting.

(8) *a*) Von Herpes s. Dermatitis gestationis beschreibt Boeck einen wohl charakterisirten Fall bei einer 28jährigen Dame, welche nach der Niederkunft (2. Schwangerschaft) auf den Handflächen und Fusssohlen einen Ausbruch von Vesikeln bekam, die heftig juckten.

Im 5. Monat der dritten Schwangerschaft trat die Affection wieder auf und dauerte bis 8 Wochen nach der Niederkunft. Die Patientin fand sich zum ersten Male bei B. ein, 5 Wochen nach Beginn der Krankheit. Das Exanthem bestand aus Vesikeln, grösseren Bullen, im Uebrigen auch aus Papeln und erythematösen Plaques. Es war genau symmetrisch sowohl auf den oberen als unteren Extremitäten sowie auf dem Truncus. Während der folgenden vierten Schwangerschaft ein leichter Ausbruch an den Beugeflächen des Unterarmes.

Während der 5. und letzten Schwangerschaft fingen die Ausbrüche bereits im 2. und 3. Monat an sich einzufinden und dauerten bis 4 oder 5 Monate nach der Niederkunft. Die Affection war dieses Mal ziemlich heftig und schmerzhaft und die Blasen waren dieses Mal vom 8. Monat der Schwangerschaft bis zum Aufhören der Ausbrüche purulente, welches früher nicht der Fall gewesen war.

b) Hydroa vacciniforme, Bazin. Diese seltene, aber interessante Krankheit, die zum ersten Male in den 60er Jahren von Bazin beschrieben worden, ist seitdem vernachlässigt und vergessen worden, bis Jonathan Hutchinson in den letzten Jahren zu wiederholten Malen

die Aufmerksamkeit auf diese Affection gelenkt hat unter dem Namen: „Summer eruption.“

Boeck theilt 3 Fälle mit, die ausführlicher in diesem Archiv besprochen werden.

c) Dermatitis herpetiformis circumscripta s. circinosa.

Unter diesem Namen beschreibt der Verfasser 2 Fälle einer gelinderen vesiculösen Hautkrankheit von einem bisher noch nicht beschriebenen Typus.

Beim ersten Fall (einer Frau von 30 Jahren) beobachtet man auf beiden Handrücken eine cirkelrunde Plaque von der Grösse einer Kinderhand, welche eine hyperämische, etwas infiltrirte, theils sich abschälende, theils nässende Mittelpartie zeigt, welche von einer mit zahlreichen klaren Vesikeln von der Grösse einer Nadelspitze bis zur Grösse eines Hanfkornes, kranzförmig besetzten Randzone umgeben wird. Aehnliche, aber nur haselnussgrosse Plaques sieht man auf der ersten Phalanx an mehreren Fingern. Die Krankheit ist von sehr heftigem Jucken begleitet und daher dem Kranken sehr beschwerlich. Die Affection äusserte sich zuerst vor ungefähr 10 Jahren und kam seitdem jeden Winter wieder.

Im anderen Falle (Mann von 23 Jahren), weit weniger charakteristisch, waren in den letzten Wintern ähnliche Plaques gekommen, besonders auf der Radialseite des rechten Handgelenkes.

Krefting.

(9) Mantegazza excidirte 10 Psoriasiskranken kleine Hautstückchen, um die Krankheit in ihren verschiedenen Formen und Stadien einer genauen histologischen Untersuchung unterziehen zu können. Er erhielt dabei folgende Befunde: Stratum corneum bei heftigen Processen oft abgängig, sonst verdickt, aus Lamellen bestehend, in denen die mit Carmin gut färbbaren Kerne sichtbar sind. Nur bei frischen, rapid sich entwickelnden Pseudopapeln findet man im Stratum corn. kleine Rundzellennester, an jenen Stellen, wo im Rete Malpighi und Stratum papillare Anhäufung von Wanderzellen vorliegt. Strat. lucid. oft gar nicht, oft gut zu unterscheiden. Im Strat. granul. schwinden gegen das kranke Gewebe hin wie mit einem Schlage die Keratohyalinkerne oder sie werden sehr klein und spärlich, zerstreut, nur in einer Zellreihe vorhanden. Dagegen findet man in den Zellzapfen zwischen den Papillen, namentlich wo sie sich sehr in die Tiefe erstrecken, das Keratohyalin in grossen Tropfen innerhalb des Protoplasmas einzelner Zellen. Im Strat. spin. bemerkt man im weiteren Verlaufe schwererer Formen namentlich in den höheren Lagen eine Aufhellung des Protoplasmas um den Zellkern herum, dieser wird kleiner, an die Seite gedrückt, bis die Zelle zu einem cystischen Element geworden ist (hydropische Degeneration); öfter als gewöhnlich findet man Zellen in trüber Schwellung. Die Auswanderung von Leukocyten in das Stratum der Cylinderzellen findet entsprechend dem Processe in der Epidermis, nicht aber entsprechend der Infiltration im Derma statt. Die Zahl der Zellen vermehrt, ihre Lagerung unregelmässig. Oft, bei dunkler

Pigmentirung der Haut Pigmentmangel an den erkrankten Stellen. Verf. nimmt an, dass die Depigmentation nach Abheilung der Psoriasisherde nach Chrysarobinbehandlung keine specielle Wirkung des Chrysarobins sei, sondern auf der eigenen Structur der psoriatischen Flecke beruhe. Die Infiltration im Derma, dessen Capillaren erweitert sind, entspricht nicht den Veränderungen in der Epidermis, sondern findet nur dann in stärkerem Masse statt, wenn gewisse veranlassende Momente vorhanden sind. Nirgends Mastzellen, mit der Weigert'schen Färbung nirgends Fibrin nachzuweisen. Die Vermehrung der Karyokinesen der Kerne in den Zapfen und die Erweiterung der Bindegewebsmaschen in den Papillen lassen annehmen, dass bei der Vergrösserung der Papillen die Epithelzellen activ seien. Die Hautdrüsen zeigen keine Besonderheiten.

Die Resultate dieser Untersuchungen veranlassen den Verfasser, den Charakter der Krankheit als Ernährungsstörung aufzufassen, bestehend aus einer gesteigerten Vermehrung der Epidermiszellen und begleitet von einer vorzeitigen Degeneration. Wenn auch Parasiten (Hyphomyceten oder Bakterien) nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden können, so sei es doch im höchsten Grade wahrscheinlich, dass sie nicht die Ursache der Krankheit seien. Aus der Betrachtung der Krankheit, ihrem Auftreten, der Heredität, den Begleiterscheinungen nervöser Natur gehe vielmehr hervor, dass man sein Augenmerk auf das periphere Nervensystem richten müsse. Die Untersuchungen des Autors in dieser Richtung sind jedoch resultatlos geblieben. Spietschka.

(10) D. van Haren Noman berichtet über vier von ihm wahrgenommenen Fälle dieser merkwürdigen, selten vorkommenden Hautaffection. Die wichtigsten klinischen Symptome, welche in mehr oder minderem Grade bei allen Fällen gefunden werden, sind:

Im Anfange der Krankheit leichte Abschuppung des behaarten Kopfes, welche später in starke Schuppenmassen übergeht. Röthe der Haut, welche an einzelnen Stellen diffus, an anderen in stark markirten Flecken auftritt; in leichter Infiltration und gefolgt von einem Stadium squamosum, wobei trockene Haut und minimaler Juckreiz.

Die Haut der Volae und Plantae ist roth und belegt mit festen Hornmassen, welche durch schmerzhafte Risse und Rhagaden unterbrochen waren und zuweilen die Bewegung der Finger erschwerten. Die Haarfollikel der rothen Hautpartien überragen mehr oder weniger das Niveau der Haut und aus ihren klaffenden Oeffnungen stecken kleine Hornkegel und Schüppchen, welche in der Mitte von einem Lanugohaar durchbohrt sind, nach aussen; die Hornkegel, welche ziemlich hart und trocken sind, bieten der Haut das Gefühl eines scharfen Reibeisens, sitzen sehr fest in den Haarbälgen und sind zuweilen so dick, dass sie Rhagaden bilden.

Auf den Narben der Vaccine werden keine Efflorescenzen gefunden; weil hier alle Haarfollikel verschwunden sind, so ergibt sich aus dieser Thatsache, wie sehr das Entstehen von Kegeln und kleinen Papeln an die Anwesenheit unverletzter Haarfollikel gebunden ist.

Die Efflorescenzen treten nicht immer an denselben Hautpartien am stärksten hervor; zuweilen confluiren die Kegel und bilden Schuppen, in einem Fall besteht im Gesicht eine vermehrte Sebumausscheidung, wodurch die Schuppen eine mehr fettige, schmutzig-graue Farbe bekommen.

Verf. betrachtet als das Primäre, das Entstehen der Epithelstacheln, deren unmittelbare Umgebung sich ein wenig aufhebt und also secundär ein röthliches oder rothes Knötchen bildet.

Die Lymphdrüsen sind in einigen Fällen hier und dort aufgetrieben, nicht schmerzhaft und nicht adhärent.

Ausser minimalem Juckreiz und geringem Schmerz bei Bewegung, wenn sich Rhagaden gebildet haben, haben die Kranken keine subjectiven Beschwerden, auch an den inneren Organen ist nichts Pathologisches nachzuweisen.

Recidiven zeigten im Allgemeinen dieselben klinischen Symptome wie frühere Eruptionen.

Die Anwendung macerirender Salbverbände und innerlicher Arsenikgaben in steigender Dosirung war in den meisten Fällen im Stande, im Laufe einziger Monate die Haut zur definitiven Abheilung zu bringen, aber konnte vor Recidiven nicht behüten.

Aus diesem Symptomencomplex stellt Verf. die Diagnose Pityriasis pilaris Devergie, Pitiryasis rubra pilaris Besnier, oder Lichen ruber acuminatus Kaposi.

Der Streit in den letzten Jahren, geführt über die Frage, ob die Krankheit, bekannt unter diesem Namer eben dieselbe ist als die, welche von Hebra Lichen ruber und später von Kaposi Lichen ruber acuminatus genannt wurde, wird mit einigen Wörtern erwähnt und die darüber herrschende Meinung kurzweg mitgetheilt, woraus Verf. schliesst, dass wir jetzt zu differenziren haben:

1. Pityriasis pilaris (Devergie) = Pityriasis rubra pilaris (Besnier) = Lichen ruber acuminatus (Kaposi).

2. Lichen planus neuroticus (Unna) = Lichen ruber (Hebra).

3. Lichen ruber planus (Kaposi) = Lichen planus (Wilson).

Zur mikroskopischen Untersuchung wurde ein Hautstückchen exstirpirt.

Der mikroskopische Befund zeigte, da wo die Veränderungen noch wenig vorgerückt waren, das Infundibulum erweitert und die Wände durch grosse Menge concentrisch angeordnetes Horngewebe auseinander gezerrt, wodurch der Follikel in seinem obersten Theile vergrössert ist; dieses Horngewebe umgibt auch einen kleinen Theil des ausgetretenen Lanugo-Haares, in dessen Umgebung es allmälig in das normale Stratum corneum übergeht.

Das Stratum granulosum ist ein wenig verbreitert, da wo es in den Haartrichter einsinkt, zeigt aber sonst keine merkbaren Veränderungen. Auch das Rete Malpighi ist noch normal, aber die zum Follikel gehörende Talgdrüse ist schon etwas verkleinert und atrophirt, was bei

Zunahme des Processes auch ärger wird. Die tiefen Schichten des Corium zeigen nichts Pathologisches.

Im weiteren Stadium des Processes sind die Infundibula trichterförmig erweitert und ausgefüllt mit einer grossen Menge concentrisch angeordneten Horngewebes, worin kleine aufgerollte Lanugo-Haare; das Horngewebe quillt weit aus den Haarfollikeln hervor und bildet den bekannten Hornkegel.

Das Stratum granulosum ist verbreitert und kaum erkennbar. Das Rete Malpighi zeigt, besonders unter den Hornkegeln, eine starke Neigung sich auszubreiten und senkt mit langen interpapillaren Zapfen tief in das Cutisgewebe ein. Die Talgdrüsen der Haut sind oft verkleinert, die Zellen der Acini verschrumpft und dicht an einander geschlossen.

Neben den Veränderungen in dem Haartrichter scheint also auch eine Verkleinerung, Verschrumpfung der Talgdrüsen vorzukommen, was jedoch ohne genauere Untersuchung nicht für alle Talgdrüsen angenommen werden darf, weil gerade in einigen Fällen ausgesprochene Seborrhoe besteht.

In weiteren Stadien kommen auch im Corium ringsum den Follikel Veränderungen vor; die kleinen Blutgefässe und Capillaren der obersten Coriumschichten sind hyperämisch und umgeben von kleinzelligen, entzündlichen Infiltrationen, welche zusammen mit einem geringen Oedem als Ursache der später wahrnehmbaren circumfolliculären Abhebung und Knötchenbildung zu betrachten sind.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt also in der Hauptsache den Befund Taylor's, Robinson's, Besnier-Jacquet's, Galewsky's.

Zur Differenzirung der Pityriasis pilaris vom Lichen ruber (Hebra) sieht man bei jener die allerersten Veränderungen ausschliesslich in den Haarfollikeln, vermuthlich zuweilen auch in den Schweissdrüsengängen auftreten und ihr Wesen besteht in Vermehrung und Anhäufung von epithelialem Horngewebe, einer Hyperkeratosis mit anfänglicher Verbreitung, später Verdünnung des Stratum granulosum; ein Process also, der vorläufig ausschliesslich aus der Epidermis hervorgeht, zuweilen mit, zuweilen ohne Schrumpfen und Zugrundegehen der Talgdrüsen.

Erst später, wenn die Aenderungen in der Epidermis sich bis auf die Epidermis der Umgebung der Haarfollikel ausbreiten, wenn klinisch die allgemeine Abschuppung entsteht, fängt auch das Cbriumgewebe an geringe Veränderungen zu zeigen, welche als Folge des Irritationsreizes der afficirten Epidermis zu berücksichtigen sind.

Die pathologischen Veränderungen der Epidermis und ihrer Anhänge sind also primär, diejenigen des Corium secundär, während beim Lichen ruber (Hebra) und Lichen planus (Wilson) die Cutis primär und viel intensiver, die Epidermis dagegen secundär afficirt ist (Neumann, Weyl, Köbner, Crocker etc.).

Hierdurch erklärt sich zugleich, aus welchem Grund nach Abheilung bei Lichen mehr oder weniger Pigment in der Haut zurückbleibt, bei Pityriasis pilaris dagegen niemals.

Die klinischen Symptome dieser beiden Dermatosen und die differential-diagnostischen Charaktere, welche die Pityriasis pilaris von jeder Hautaffection, mit welcher sie verwechselt werden könnte unterscheidet (Ichthyosis, Lichen pilaris, Psoriasis, Ekzema squamosum) werden zum Schluss durch Verf. klar auseinandergesetzt.

In einer Nachschrift bespricht Verf. die an der unteren Fläche der ausgelösten Hornschicht adhärente Epidermisfortsätze, welche in einem Fall meistens einfach, in anderen Fällen grösstentheils doppel- oder dreifach vorkommen und von Boeck „Doppel- oder Zwillingsconi“ genannt werden. Verf. hält die einfachen, welche auch grösser und dicker sind, als entstanden aus den kleineren, dünneren, doppelten oder dreifachen Kegeln, diese letzten würden auch nur in der ersten Periode der Hautaffection gefunden werden und später in älteren Fällen nicht mehr oder sehr selten. Das wahrgenommene abwechselnde Vorkommen einfacher, doppelter oder dreifacher Kegel würde also abhängen von dem Alter des Processes um den anatomischen Verhältnissen der Follikel.

Schliesslich bemerkt Verf. noch, dass es ihm fehlerhaft vorkommt, diesen doppelten und dreifachen Kegel Zwillings- (Boeck) oder Drillingsconi zu nennen, weil man hieraus vermuthen möchte, dass sie von Zwillings- oder Drillings-Haarfollikeln herstammen, gleichwie diese von Flemming und S. Giovannini wahrgenommen und beschrieben sind und welche als embryonale Bildungs- und Entwicklungsanomalien angesehen werden müssen.

Ein paar Photographien, welche das klinische Bild darstellen und einige Zeichnungen der mikroskopischen Bilder und der Hautlamellen mit dem anhängenden Kegel sind zugegeben.

Spruijt Landskroon.

(11) Auf Grund einer grösseren Anzahl einschlägiger, zum Theil sehr schwerer Fälle, welche insgesammt auf Verbrühung durch heisse Flüssigkeiten sich beziehen (nur in 1 Falle handelte es sich um eine auf den Handrücken beschränkte Verbrennung durch Flamme), schlägt Wertheimber vor, die verbrühten Theile zunächst mit lauwarmem Borwasser zu reinigen, hierauf eine mehrfache Schichte hydrophiler Gase, welche mit Aq. Calc., Ol. lini aa 50,0, Thymol 0,05—0,10 getränkt, in Form breiter Streifen über die Wundfläche gelegt, mit Compressenstoff zu bedecken und mittelst einer Gazebinde zu befestigen. Es ist rathsam den Verband täglich zu erneuern. — Da aber die Stahl'sche Brandsalbe durch ihre zähflüssige Consistenz der Umgebung der Kranken nach längerer Anwendung zumeist unangenehm wird, so vertauscht W. dieselbe im Verlaufe oder zu Ende der 2. Woche gegen eine Wismuth-Borsalbe (Bismuth. subnitr. 9,0, Acidi borici 4,5, Lanolini 70,0, Ol. olivar. 20,0). Die Art der Anwendung ist die gleiche wie die des Stahl'schen Liniments. Innerlich verordnet W. die gewöhnlichen Excitantien.

A. Grünfeld.

(12) Rossi bringt die Resultate der histologischen Untersuchung zweier Fälle von Pemphigus. Er fand, dass es sich dabei um keine reine

Akantholyse, sondern um einen Entzündungsprocess handle; dafür sprechen die Gefässektasien, die kleinzellige Infiltration des Gewebes, das Exsudat nach aussen und die Pigmentablagerung im Derma. Im ersten Falle waren dies die wesentlichsten Veränderungen der Haut. Im zweiten war jedoch eine allgemeine Hypertrophie sämmtlicher Hautschichten, namentlich der Papillarschicht vorhanden. Er erklärt dann die Blasenbildung als Abhebung der obersten Schichten des Epithels von den unteren im Stratum granulosum, hervorgebracht durch das entzündliche Exsudat (Pemphigus bullosus). Nach Platzen der Blasen und Eintrocknung derselben zu Borken kommt es zum Pemphigus crustosus. Hier kann noch Heilung erfolgen. Dauert jedoch die Krankheitsursache und mit ihr die Entzündung fort, dann kommt es zu Proliferation, dann zu Narbenretraction (Pemphigus foliaceus). Spietschka.

(14) Auf Grund seiner Versuche will Witthauer die Heilresultate nach Gebrauch des Sozojodol-Quecksilbers bei Fuss- und Unterschenkelgeschwüren als so überraschende und schnelle bezeichnen, dass es als ein bevorzugtes Heilmittel jedenfalls hervorgehoben zu werden verdient. Nach Seifenreinigung im Bad wird ein Pflaster aus Hydrarg. sozojodol. 1,0, Lanolin 90,0, Ol. olivar. 10,0 angefertigt und mit diesem der Fuss, resp. Unterschenkel auf gewöhnlichem Wege gedeckt. Der Verband wird zuerst alle Tage, später nur jeden 4—5 Tag gewechselt. Schon nach wenigen Tagen stössen sich die gewucherten Granulationen ab und bald erscheinen frischrothe feste Granulationen und zugleich mit ihnen ein zarter Narbensaum am Wundrande. Die Vernarbung schreitet gewöhnlich auffallend rasch fort, das Geschwür heilt. Beim Vorhandensein kleiner offener Stellen und Nachlassen der Heiltendenz wird das Bein unter einem Drahtkorb offen liegen gelassen und die wunde Stelle mit Hydrarg. sozojod. 1,0, Talc. 99,0 bestreut. So tritt unter dem trockenen Schorfe die Vernarbung ein.

Unter anderem wandte W. das Mittel noch bei Ekzemen in jedem Stadium, besonders nach solchen medicamentösen Ursprungs, in Form des oben angeführten Streupulvers und des Zinc. sozojodol. 9,0, Talc. venet. 1,0. Die nässenden Stellen heilen rasch, die Bläschen trocknen ein und ebenso lassen die subjectiven Empfindungen, Jucken, etc. nach. Von Nebenwirkungen bei Anwendung des Sozojodol-Quecksilbers sei hinzugefügt, dass dasselbe einen leichten brennenden Schmerz verursacht, der aber die Patienten nur wenig belästigt und nach einigen Stunden aufhört.

A. Grünfeld.

Venerische Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Primararzt **Jadassohn** in Breslau.)

Therapie der Syphilis.

1. **Dubois-Havenith.** Présentation de deux cas de syphilides tertiaires ulcéreuses occupant presque tout le visage et guéries par le pansement occlusif avec le sparadrap mercuriel, sans administration ni de mercure ni d'iodure à l'intérieur. Société des Sciences médicales de Bruxelles. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1891 p. 51.
2. **Balzer.** Contribution à l'étude du traitement local des syphilides; utilité du massage. Société clinique de Paris. Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1891 p. 343.
3. **Bock.** Du traitement local dans certaines lésions ulcéreuses et ulcéro-gommeuses de la syphilis. La Clinique de Bruxelles. 28. Mai 1891. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphil. 1891 p. 333.
4. **Bocquillon.** Composition en mercure des sels mercuriels. La Sem. médicale. 1892 p. 148.
5. **Cohnstein,** Wilh. Ueber den Einfluss einiger edler Metalle (Quecksilber, Platin und Silber) auf die Nierensecretion. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie. XXX. Bd. p. 126.
6. **Kunkel.** Ueber die Verdampfung von Quecksilber aus der grauen Salbe. Sitz.-Ber. der physik.-med. Ges. zu Würzburg. 1892. Nr. 2.
7. **Pilliet** et **Cathelineau.** Recherches expérimentales sur les lésions déterminées par le bichlorure de mercure. Soc. de biologie. Séance du 29 octobre 1892. Le mercredi médical. 1892 p. 529.
8. **Calantoni,** A. Anatomische Veränderungen nach Sublimatvergiftung. Giornale della Assoc. Napolitana di Med. e Natur. 1892.
9. **Darier.** Intoxication mercurielle. Société française d'ophthalmologie. 2. I. 1893. Le Mercredi médical. 1893. Nr. 2.
10. **Weiss.** Sialorrhoe in Folge einer fast ganz vicariirenden Ausscheidung des Quecks. durch die Speicheldrüsen. Ther. Mon. 1890 p. 417.
11. **Galippe.** De la pseudo-stomatite mercurielle. Société de Biologie. 30. Juli 1892. Semaine méd. 1892. Nr. 39 p. 310.
12. **Morel-Lavallée.** Des hydrargyries pathogénétiques. Erythèmes polymorphes scarlatiniformes dus à l'usage interne du mercure. Revue

de médecine. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1891 p. 628.
13. **Intolérance** pour la médication iodurée. Société médicale du IX Arrondissement. Journal des mal. cutanées et syph. 1891 p. 406.
14. **Heinz.** Experimentelles zur Jodkaliwirkung. Berl. klin. Wochenschr. 1890. Nr. 52.
15. **Goll.** Küpfer's Jod-Ratanhia-Syrup. Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte. 15. Nov. 1892. Nr. 22 p. 707.
16. **Pariser** Correspondent. The prevention of jodism. Lancet. Bd. I. 1892 p. 337.
17. **Barcerie,** De la. Ein Fall von acutem Jodismus. Therap. Monatshefte 1891, p. 420.
18. **Gémy.** Die schweren Joderuptionen. Ann. de Dermat. et de Syphil. 1891 p. 641.
19. **Swertschkow.** Localbehandlung syphil. Geschwüre. Wratsch 1892.
20. **White,** Blake. Le chlorure d'or et l'iodure de manganèse dans le traitement de la cachexie syphilitique. La Sem. méd. 1892. Nr. 34.
21. **Heryng.** Ueber die locale Anwendung der Chromsäure bei syphilitischen Ulcerationen. Therap. Monatsh. 1891. Heft 8.
22. **Feibes.** Ueber die locale Anwendung der Chromsäure in der Behandlung der syphilitischen Affectionen der Mundhöhle.
23. **Güntz.** Chrombehandlung bei Syphilis. Therap. Monatsh. 1890 p. 495.
24. **Güntz.** Chromnachweis im Urin. Ther. Monatsh. 1890 p. 237.
25. **Kalashnikoff.** Traitement de la syphilis par la chaleur. Wratsch. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitiques. 1891 p. 390.

(1) Dubois-Havenith stellt zwei geheilte Fälle von ulceröser Lues vor, welche ohne irgend welche Allgemeinbehandlung allein mit Auflegen von Beiersdorff'schem Quecksilber-Guttapercha-Pflastermull behandelt worden waren. Er hat im Ganzen 25 Fälle von tertiären Hautsyphiliden in der verhältnissmässig kurzen Zeit von 12—25 Tagen unter der obengenannten localen Behandlung heilen sehen. Ohne etwa in solchen Fällen auf die Allgemeinbehandlung verzichten zu wollen, will er nur für die Combination beider Methoden plaidiren.

Paul Neisser.

(2) Balzer macht darauf aufmerksam, dass es maculöse und papulöse Exantheme gebe, welche sich sehr rebellisch gegen jegliche Allgemeinbehandlung verhalten; er empfiehlt in solchen Fällen die Massage zu versuchen, und führt als Beweis für den günstigen Erfolg derselben einen Fall aus dem Hôpital de Lourcine an, in dem nach mehrwöchentlichem vergeblichen Gebrauch von Hg. tannic. und Jodkali unter rationeller Massage ein über den Körper und das Gesicht verbreitetes maculöses Exanthem nach drei Wochen bis auf einzelne Pigmentirungen verschwand. (?) Paul Neisser.

(3) Bock empfiehlt in allen den Fällen von Gummen, namentlich exulcerirten, welche sich unter Jodkali- oder combinirter Behandlung nur langsam oder gar nicht zurückbilden, die chirurgische Entfernung

derselben: breite Eröffnung derselben mit dem Thermocauter, energisches Auskratzen mit Schonung der Muskeln und Gefässe, Drainage und antiseptische Behandlung. Er will in zwei Fällen den glänzenden Erfolg der völligen Verheilung innerhalb von 10 Tagen gesehen haben.

Paul Neisser.

(4) Bocquillon gibt den Hg.-Gehalt der einzelnen Quecksilberpräparate in folgender Weise an: Jodür: 45,5%, Sublimat 73,72%, Lactat 67,10%, Peptonat 57,15%, Succinimid 63,3%, Calomel 84%, rothes Oxyd 92,59%, Phenolat 51,68%, Thymolat 41,8%, Albuminat 10,2%, Tannat 23,8%, Salicylat 59%. Jadassohn.

(5) Da bisher bestimmte Angaben, dass sich die seit Jendrássik wieder viel besprochene Hg.-Diurese am Thier hervorrufen lasse, in der Literatur sich kaum finden, hat Cohnstein Versuche über die Wirkung des Hg. und zweier anderer edler Metalle (Platin und Silber) auf die Niere gesunder Thiere angestellt. Er hat feststellen können, dass in der That durch alle 3 Metalle eine Vermehrung der Harnmenge sich erzielen lasse. Durch weitere Versuche konnte er es zum Mindesten sehr wahrscheinlich machen, dass irgend eine durch das Hg. bewirkte Kreislaufveränderung die Ursache dieser Diurese sei, denn bei chloralisirten Thieren blieb sie aus; auch durch die Durchschneidung der Nierennerven liess sich das Eintreten der Hg.-Diurese verhindern. Bei kleineren Dosen Hg. konnte Cohnstein im Gegensatz zu vielen anderen Autoren eine geringe Blutdrucksteigerung erzielen, die aber keinesfalls ausreicht, um die Diurese zu erklären. Bezüglich der Erklärung der Harnvermehrung weist der Verf. die Hypothese Jendrassik's, welcher sie auf die durch das Hg veränderte Diffusionsverhältnisse des Wassers zwischen Blut und Geweben zurückführt, zurück, hält aber auch die andere Anschauung, nach welcher die Diurese durch eine directe Einwirkung auf die Nierenepithelien zustandekommen solle, auf Grund seiner Versuche für unwahrscheinlich, da nicht anzunehmen ist, dass sich die Nierenepithelien unter der Einwirkung des Chlorals oder der Nervenverletzung verändern.

Jadassohn.

(6) Ausgehend von neuen Versuchen Renk's, die Kunkel zu beweisen scheinen, dass Quecksilber nur ausnahmsweise in Staubform durch die Luft getragen werde, bespricht der Autor seine Versuche, die sich mit quantitativen Bestimmungen des aus grauer Salbe verdampfenden Quecksilbers beschäftigen. Graue Salbe wurde auf einem Pappdeckel von 3000 Cm² Oberfläche in 1 Mm. dicker Schicht aufgestrichen. Dieser Pappdeckel wurde in einen gut gedichteten flachen Kasten gelegt, welcher Zu- und Abflussrohr besitzt, so dass vermittelst Saugwirkung ein langsamer Luftstrom durch den Kasten strich und Quecksilberdämpfe mitnahm. Letztere wurden in Absorptionsapparaten (Salpetersäure — kein Goldblatt!) aufgefangen. Der ganze Versuch wurde bei einer Temperatur von 33—35° C. angestellt. Die Quecksilbermengen, die hierbei gefunden wurden, schwankten zwischen 8—18 Milligramm Hg. auf 1 C.-Meter durchgesaugter Luft. Je schneller der Luftstrom, desto

geringer war die Quecksilbermenge, je frischer die Salbe aufgestrichen war, desto mehr Hg. gab sie ab. Es kam also bei der Schmiercur auf 24 Stunden (12 CM. Luft) eine sehr namhafte Menge eingeathmeten Quecksilberdampfes, wenn der Versuch mit der Salbenbüchse der Applicationsweise am menschlichen Körper entspreche. Ein den wirklichen Verhältnissen der Schmiercur adäquater Versuch ist nicht leicht anzustellen. A. Philippson.

(7) Pilliet und Cathelineau haben die pathologischen Veränderungen der Organe von 8 durch Sublimat vergifteten Thieren studirt und sind dabei zu den bekannten Resultaten (Veränderungen an den Nierenepithelien, im Dünn- und Dickdarm, in der Leber und der Milz) gekommen. Es erübrigt nur noch, zu bemerken, dass die Sectionsbefunde bei Menschen mit denen bei ihren Thierversuchen übereinstimmten.

Paul Neisser.

(8) Calantoni beschreibt die bekannten Veränderungen nach Sublimatvergiftung — in den Nieren hat er nach sehr acuter Vergiftung nur kleine interstitielle Hämorrhagien gefunden; bei subacuter Vergiftung hat auch C. in manchen Fällen die viel beschriebenen Verkalkungen gesehen, die er, wie wohl die meisten neueren Autoren, nicht auf eine Entkalkung der Knochen zurückführt. Zwischen der Stärke der Nieren- und der Darmveränderung besteht keine Proportion. Die Autopsie gibt nur die Anhaltspunkte zu einer Wahrscheinlichkeits-, nicht die zu einer sicheren Diagnose.

(9) Darier berichtet über einen Fall von Quecksilber-Vergiftung in Folge einer einzigen Injection von 1 Cgr. Quecksilbercyanat — er empfiehlt auf Grund dieser Erfahrung mit 5 Mgr. zu beginnen und nur allmälig auf 1 Cgr. zu steigen.

Parent hat nie eine unangenehme Wirkung dieser Injectionen gesehen. Er betont besonders die Nothwendigkeit ein chemisch ganz reines Präparat zu benutzen.

Auch Gorecki hat einige Nebenwirkungen gesehen, die er mehr der Cyanwasserstoffsäure als dem Mercur beimessen möchte.

Jadassohn.

(10) Weiss' Patient hat vor 11 Jahren einen Schanker gehabt. Erkrankt plötzlich mit Erscheinungen von Seiten des Nervensystems, gegen welche eine Schmiercur angeordnet wird. Bei der 26. Einreibung (à 2 Gr. Unguentum cinereum) stellt sich bei intacter Mundschleimhaut (5 Monate nach der Cur noch bestehender) Speichelfluss ein (in 12 Stunden 1000 Gr. Speichel). Jodquecksilberreaction bei Untersuchung des Speichels sehr deutlich. Barlow.

(11) Galippe behauptet, dass in manchen Fällen von Stomatitis bei Syphilitikern diese nicht auf das Hg., sondern auf septische Stoffe in der ungenügend gereinigten Mundhöhle zurückzuführen sei und dass man diese Stomatitis durch sorgfältige Antisepsis und mechanische Säuberung bei Fortgebrauch des Mercur heilen könne. Zum Beweise für diese Anschauung führt G. einzelne Fälle an. Jadassohn.

(12) Morel-Lavallée berichtet über 22 von ihm selbst beobachtete Fälle von Mercurialexanthem nach internem Gebrauch von Hg. Die Haupterscheinungen, welche theils ohne, theils mit anderen Intoxicationserscheinungen auftraten, waren zum Theil sehr schwere und ähnelten oft den Morbilli, dem Eczema rubrum, dem Erysipelas und der Dermatitis exfoliativa, während die häufigste Form ein scarlatinöses Exanthem war.

Paul Neisser.

(13) Bei Gelegenheit der Discussion über Nitot's Frage, was man mit Luetikern machen solle, welche kein Jodkali vertrügen, drückt unter Anderen Jullien seine Ansicht darüber folgendermassen aus: Er selbst habe zu verschiedenen Malen und bei den verschiedensten Dosen an sich selbst die unangenehmsten und langdauerndsten Erscheinungen des Jodismus erfahren. Bei Leuten, die das Jodkali absolut nicht vom Magen aus vertrügen, räth er, es in Dosen von 1—2 Gramm 2mal täglich per clysma in Milch zu geben. Sonst gibt er 10—30 Tropfen Jodtinctur in Wasser oder Wein, was vorzüglich vertragen würde. Ein anderes, sehr gut wirkendes und vertragenes Präparat sei das Jodol, welches er in Dosen von 0,1 bis 5mal täglich gebe; diesem Präparat könne man in Pillen sehr gut Hg.-Präparate, z. B. Hydrarg. salicyl. beimischen und so gleich die combinirte Behandlung insceniren.

Paul Neisser.

(14) Heinz wiederholte die Versuche von Binz, welcher Jodoformdämpfe auf das Mesenterium von Fröschen einwirken liess und bestätigte die von Binz gefundene Verminderung oder das Fehlen der Leucocyten-Auswanderung. Ferner studirte er den Einfluss des gebundenen Jodes auf Entzündungsprocesse durch subcutane Jodnatr.-Injectionen. Das Resultat war dem oben angegebenen entgegengesetzt: Regere Thätigkeit der Leucocyten. Verf. injicirte Zinnober in die Bauchhöhle und fand, dass das Blut der mit J.-Na. behandelten Thiere mehr zinnoberhaltige Leucocyten aufwies als bei anderen Thieren. Verf. schlägt deshalb vor, die Koch'sche Methode mit der internen Jodbehandlung zu verbinden in Fällen, in denen eine Resorption möglich ist. Lex.

(15) Goll empfiehlt Küpfer's Jod-Ratanhia-Syrup als ein sehr mildes und zweckmässiges Jodpräparat, das langsam, aber sicher wirkt. Jodschnupfen, welcher in der Schweiz nach Goll's Erfahrungen bei etwa 8—10% der Patienten vorkommt, wird durch die Bindung des Jod an organische Stoffe (wie die Ratanhia-Gerbsäure) sicher vermieden. Das Präparat, dessen Geschmack durch Extr. Chinae oder Cort. aurant. verbessert werden kann, enthält 2‰ Jod; ein Esslöffel = 3 Cgr. reinen Jods. Die Erfahrungen, die Goll bei den verschiedensten Krankheiten gemacht hat, sind sehr günstig. Man muss den Syrup 4—6 Wochen nehmen lassen. Jadassohn.

(16) Die Wirkung des Jodkali ist bei syphilitischen Processen eine bessere als die des Jodnatriums. Jodismus wird man wohl nicht in allen Fällen verhüten können, doch ist möglicherweise das von Mala-

chowski und Röhmann empfohlene Natrium bicarbonicum, mit Jodkali gleichzeitig gegeben in ziemlich grosser Menge, werthvoll.

Barlow.

(17) Barcerie bekam nach 0,5 Jodkalium Erscheinungen des heftigsten acuten Jodismus, welcher nach Injection von 0,02 Morphium schwand. Früher hatte der Autor Jodkalium in grossen Dosen ohne Beschwerde ertragen. Barlow.

(18) Neben den leichten papulo-pustulösen Formen führt Gémy die schweren furunculösen, karbunculösen, selbst necrosirenden Dermatitiden an, von denen er 4 Fälle eigener Beobachtung mittheilt. Dieselben beginnen stets als pralle grosse Blasen, die zu dicken impetiginösen Borken eintrocknen und was G. fur völlig pathognomonisch ansieht, fast ausschliesslich am Handrücken sitzen. Dieselben heilen nur mit Rücklassung oft sehr entstellender Narben. Verwechslung ist möglich mit Impetigo und Syphilis. Auf Unterbrechung der Jodtherapie pflegen sie meist rasch zu sistiren. Finger.

(19) Swertschkow verbindet syphilitische Geschwüre aller Stadien nach Abwaschung mit 2% Wasserstoffsuperoxyd mit Watte, die in (vor dem Gebrauch zu erwärmenden) Carbol-Campher (Ac. carbol. 5·0, Camphor. 10·0) getränkt ist; nach 3—5tägigem (2—3mal täglich gewechseltem) Verband ist das Geschwür gereinigt und soll dann mit Dermatol-Vaseline (āā), über die noch Emplastr. cinereum gelegt wird, verbunden werden. Auch ohne Allgemeinbehandlung soll diese Therapie sehr gute Erfolge haben.

(20) In einem Referat der Semaine medic. wird berichtet, dass Blake White mit gutem Erfolg bei syphilitischer Cachexie 2—3 Mal wöchentlich subcutane Injectionen (in die Lumbo-Dorsalgegend) eines Doppelsalzes von Gold- und Manganchlorür benutzt und zwar von einer Lösung, die im Tropfen 0,001 des Salzes enthält; er beginnt mit einem, dann mit 2 Tropfen, die er mit 5 Tropfen 1% Carbolwasser verdünnt. Der Erfolg ist hauptsächlich eine Kräftigung; der Puls wird voller, der Appetit besser, das Gewicht steigt; manchmal leichtes Fieber. Es gibt aber auch Patienten mit einer Idiosynkrasie gegen dieses Mittel: Kopfschmerzen, Diplopie, Schwindel etc. stellen sich ein; dann muss man mit der Dosis herabgehen, eventuell das Goldsalz durch ein Platinsalz ersetzen. Jadassohn.

(21) Heryng nimmt Kuttner (Therap. Monatsh. 1891 Nr. 6, in dieser Zeitschr. bereits ref.) gegenüber die Priorität der localen Behandlung syphilitischer Schleimhautulcerationen mit Chromsäure für sich in Anspruch. Das Mittel ist dem in letzter Zeit empfohlenen Acidum trichloraceticum weit überlegen. Karl Herxheimer.

(22) Feibes weist an der Hand der Literatur nach, dass die von Kuttner empfohlene locale Anwendung der Chromsäure bei luetischer Erkrankung der Mundhöhle nicht neu ist. F. theilt dann eigene, durch Chromsäure geheilte Fälle mit; es sind das zerfallene Gummen, Plaques opalines, 11 Fälle von Psoriasis linguae. Auch die mercurielle Stoma-

titis wird von F. mit Erfolg mit Chromsäure behandelt. (Es ist dem Referenten aufgefallen, dass weder Kuttner noch Feibes die Fälle von Idiosynkrasie gegen Chromsäure bei ihren Betrachtungen angezogen haben).

Karl Herxheimer.

(23) Güntz hat bei 9 Syphilitischen, die während der Chrombehandlung zugleich eine energische Salzbadecur unternommen hatten, 3mal Chrom im Urin nachgewiesen, was ihm ohne die Salzbäder nie gelungen war.

Barlow.

(24) Güntz, der bisher niemals Chrom im Urin mit Chromwasser behandelter Kranken nachweisen konnte, ist dies jetzt in einem Falle geglückt.

Barlow.

(25) Kalashnikoff hat in mehreren Fällen von hartnäckigen papulösen und pustulösen Syphiliden nach vergeblicher Anwendung der anderen Behandlungsmethoden die locale Application der Wärme versucht und ist mit dem Resultat sehr zufrieden. In einzelnen Fällen will er schon nach einmaliger Anwendung der Wärme einen günstigen Erfolg gesehen haben, während dieser in anderen erst nach einem Monat eintrat.

Paul Neisser.

Nicht-venerische Erkrankungen des Uro-genital-Apparates.

1. **Lydston**, Frank G. Bakteriological Research in its Relations to the surgery of the Genito-urinary Organs. (Read before the Southern Surgical and Gynnecological Association Louisville Nov. 1892.) The New-York Medical Journal. Nr. 733. 1892 p. 697.
2. **Guyon.** Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires. VI Cong. franç. de Chir. 1892. Ref. Ann. gén.-ur. 1892 p. 377.
3. **Krogius.** Recherches bactériologiques sur l'infection urinaire. Helsingfors. Mai 1892.
4. **Harrison**, R. Des causes de quelques formes de fièvre urineuse dans la pratique chirurgicale. VI Congrès franç. de chir. Ref. Ann. gén.-ur. 1892 p. 393.
5. **Reliquet.** Pathogénie de l'intoxication urineuse. VI Congr. franç. de chir. Ref. Ann. gén.-ur. 1892 p. 390.
6. **Hallé.** De l'infection urinaire. Annales gén.-ur. 1892 p. 81.
7. **Hartmann.** Quelques réflexions à propos d'un cas de fièvre urineuse à accès intermittents. Ann. gén.-ur. 1892 p. 38.
8. **Denys.** Etudes sur les infections urinaires. Journ. des connaissances med. März 1892. Ref. Ann. gén.-ur. 1892 p. 528.
9. **Achard** et **Hartmann.** Sur un cas de fièvre uréthrale. Soc. de biol. Séance du 16 janv. 1893. Bericht in Annales gén.-ur. 1892 p. 299.
10. **Denys.** Diagnostie des microbes dans les urines. Bulletin de l'Académie royale de Belgique. Ref. Annales gén.-ur. 1892.

11. **Charrin**. Sur la bacterie urinaire. Soc. de biol. 12 dec. 1891. Ref. Ann. gén.-ur. 1892 p. 67.
12. **Reblaud**. A propos de l'identité de la bacterie pyogène et du bacillus coli communis. Soc. de biol. 12 dec. 1891. Ref. Ann. gén.-ur. 1892 p. 67.
13. **Achard** et **Renaut**. Bacilles de l'infection urinaire. Soc. de biol. 9 april 1892. Ann. gén.-ur. 1892 p. 557.
14. **Achard** et **Renaut**. Sur les rapports du bacterium coli commune et du bacterium pyogène des infections urinaires. Soc. de biol. 12 dec. 1891. Ref. Annales gén.-ur. 1892 p. 68.
15. **Achard** et **Renaut**. Bacilles urinaires et urée. Soc. de biol. 3. Dec. 1892. Le Mercredi med. 1892. 7. Dec. Nr. 49.
16. **Krogius**. Bacterium coli dans l'infection urinaire. Arch. de méd. exp. Nr. 1. 1892.
17. **Sestini**. Sur la fermentation ammoniacale de l'acide urique. Gazetta chim. ital. XX. 1891. 133. Ref. Annales gén.-ur. 1892 p. 310.
18. **Carlier** et **Arnauld**. Pathogénie et traitement des abscès urineux. Gazette des hôpitaux 19 mars. Ref. Annales gén.-ur. 1892 p. 290.
19. **Marboux**. Contribution à l'étude de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires. Lyon médical 3 avril. Ref. Ann. gén.-ur. 1892 p. 986.
20. **Meisels**, W. A. Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Blasenbewegungen. Ungar. Archiv f. Med. 1892 p. 128.
21. **Magon**. Physiologie de la muqueuse vésicale. Bulletin med. 15 juin 1892. Ref. Ann. gén.-ur. 1892 p. 646.
22. **Guyon**. Résistance de la vessie à l'infection. Mercredi médical. 18. April 1892. Ref. Ann. gén.-ur. 1892 p. 487.
23. **Schnitzler**. Zur Aetiologie der Cystitis. Wien 1892.
24. **Reblaub**. Des Cystites non tuberculeuses chez la femme. Paris 1892.
25. **Frisch**. Ueber Erysipel der Harnblase. Internat. klin. Rundschau. 1892. Nr. 44.
26. **Burguburn**. Zur Bakteriologie des Vaginalsecrets Schwangerer. Arch. f. experim. Pathol. und Pharmak. 30. Bd., 5. u. 6. H., p. 463.
27. **Witte**. Bakteriologische Untersuchungsbefunde bei pathologischen Zuständen im weiblichen Genitalapparat mit besonderer Berücksichtig. der Eitererreger. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. XXV. Bd., 1. H.
28. **Witte**. Demonstration von Tubenpräparaten mit seltenen bacteriologischen Befunden. Verhandl. der Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gynäk. zu Berlin. Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäk. Bd. 24, 2. Heft, p. 322.
29. **Heitzmann**. Ueber Schleimhautfissuren der Blase beim Weibe. Centralbl. f. d. ges. Ther. 2. 1892.
30. **Guyon**. Traitement des cystites par le sublimé. Annales gén.-urin. 1892 p. I.
31. **Okev-Blom**. Traitement des cystites au moyen d'injections intravésicales d'iodoforme éthéré huileux.
32. **Filippow**, N. N. Ueber die Behandlung der eitrigen Cystitis mit Jodoformemulsion. Chirurgitscheskij Westnik. August 1892.

33. **Boegehold.** Zur Behandlung des Blasencatarrhs. Therap. Monatsh. 1890 p. 279.
34. **Henry,** Josef N. Methylen-Blue in Cystitis. Boston med. and surg. Journ. 3. März 1892. Vol. CXXVI, Nr. 9.
35. **Bryson.** Emploi de l'acide salicylique dans le traitement de certaines formes de cystite. II Congrès des médecins et chirurgiens américaines à Washington. La semaine médicale. 1891 p. 407.
36. **Sympson.** Salol in the treatment of chronic cystitis. Practitionner. Juni 1892.
37. **Cazeneuve.** De l'action thérapeutique de l'antipyrine dans les otites et dans les cystites. Le Province médicale. 1892. Nr. 52, p. 625.
38. **Desnos.** Traitement des cystites aigues par le rétinol au salol. Soc. méd.-chir. de Paris. 25 avril 1892. Ref. Ann. gén.-ur. 1892, p. 633.
39. **Stenbeck.** Eine neue Methode für die mikroskopische Untersuchung der geformten Bestandtheile des Harnes und einiger anderen Secrete und Excrete. Zeitschr. f. klin. Med. 1892, p. 456.
40. **Guttmann.** Elektrische Centrifuge für klinische Harnsedimentirungs-Zwecke. Deutsche medic. Wochenschrift. 1892, p. 287. Verhandl. des Vereins für innere Medicin. 21. Dec. 1891.
41. **Boisseau de Rocher.** De l'endoscopie à lumière externe. De l'endoscopie à lumière interne. Annales gén.-ur. 1892, p. 413.
42. **Otis,** William K. The „perfected“ Urethroskope. Presented before the American Association of Genito-Urinary-Surgeons. 21. Juni 1892. The New-York Medical Journal. Nr. 733. 1892, p. 677.
43. **Sümegh, J.** Ueber Catheterismus der Harnröhre. Centralblatt für die gesammte Therapie. 1892. IV. Heft.
44. **Wendschuh,** Karl. Catheteretuis mit Flaçon und Vaselindose. Fortschritte der Krankenpfl. 1891, p. 467.
45. **Nazaris** und **Taquet.** Conservation aseptique des sondes et bougies à l'aide des vapeurs mercurielles. Journ. de méd. de Bordeaux. 12. Juni 1892. Ref. Annales gén.-ur. 1892, p. 630.
46. **Lanelongue.** Un procédé de conservation aseptique des sondes et bougies uréthrales en caoutchouc vulcanisé et en gomme elastique. La Semaine médicale. 1892. Nr. 41.
47. **Jacobi,** M. P., New-York. Urethral Irritation in Women. Read before Philad. County Med. Society. 9. Nov. 1892. New-York med. Journal. Nr. 731, p. 641.
48. **Dentu.** Des spasmes réflexes de l'urèthre et du traitement de certains d'entre eux par la divulsion. Ann. gén.-ur. 1892, p. 291.
49. **Heydenreich.** Un cas curieux de corps étrangers de l'urèthre. Revue méd. de l'Est. 1 jan. 1892. Ref. Ann. gén.-ur. 1892, p. 126.
50. **Brown,** F. T. A nematode parisitic worm in the urethra. British med. Journal. Nr. 1665, p. 432.
51. **Fiorani** Giovanni. Calculs uréthraux. Milan 1892. Ref. Ann. gén.-ur. 1892, p. 788.

52. **Marshall**, L. Retention from impacted calculus in a child. British medical Journal. Nr. 1667, p. 1286.
53. **Martin**. Case of balanitis in a child aged three years. Lancet 1892. Bd. I, p. 1079.
54. **Perrin**. Epithéliomas; leucoplasie buccale et vulvaire, états leucoplasiqnes. La semaine médicale. 1891, p. 410.
55. **Willett** E. Fibrous plaque from penis. Path. soc. London 1892. Ref. Lancet. II. 1892, p. 942.
56. **Willett**, E. Congenital cystic disease of the scrotum. Path. soc. London 1892. Ref. Lancet. II. 1892, p. 941.
57. **Shattock**. Unstriped myoma of the penis. Path. Soc. London 1892. Ref. Lancet. II. 1892, p. 992.
58. **Arbuthnot Lane**. Papilloma of penis. Path. Soc. of London. 1892. Ref. Lancet. 1892. II., p. 1495.
59. **Germa**. Du Phimosis, ses consequences, son traitement. Thèse de Paris. 1892.
60. **Trekaki**. Remarques sur trente cas de circoncision. Bulletin de therapeutique. 30. Jan. 1892. Ref. Annales gén.-ur. 1892, p. 227.
61. **Doran**, A. Surgical treatment of cysts of the vulvo-vaginal or Cowpers glands. Med. Soc. London 1892. 31. Oct. Ref. Lancet. II. 1892, p. 1047.
62. **Schuchardt**. Die Uebertragung der Tuberculose auf dem Wege des geschlechtlichen Verkehrs. v. Langenbecks Archiv. Bd. XLIV. Heft 2.
63. **Malherbe**. Tuberculose vésicale prise pour une tumeur de la vessie. Annales gén.-ur. 1892, p. 206.
64. **Horteloup**. De la tuberculose génitale. Gazette méd. 10 juin 1892. Ref. Annales gén.-ur. 1892, p. 632.
65. **Brown**, F. T. Tuberculosis of the Genito-urinary Tract. British med. Journal. Nr. 1665, p. 432.
66. **Petit**. Tuberculose vésicale. Traitement général et local par l'iodoforme. Amélioration. Annales de la policlinique de Bordeaux. Janv. 1892. Ref. Annales gén.-ur. 1892, p. 223.
67. **Duplay**. De la tuberculose vésicale. La Sem. méd. 1892. Nr. 26.
68. **Stintzing**, R. Ueber Urogenitaltuberculose. Thüringer ärztl. Correspondenzblatt. 1892.
69. **Zampetti**. Trois cas d'orchite comme complication de l'influenza. Gazetta degli ospitali. Nr. 73. 1890. Ref. Annal. gén.-ur. 1892, p. 228.
70. **Kelly, Gordon**. A case of acute orchitis following influenza. Lancet. Bd. I. 1892, p. 359.
71. **Harris**. A case of acute orchitis following influenza. Lancet 1892. Bd. I, p. 22.
72. **Briscoe**. Orchitis following influenza. Lancet. Bd. I. 1892, p. 193.
73. **Oestreich**. Ein Fall von abnormer Vergrösserung der Prostata. Berl. med. Gesellschaft. 2. März 1892. D. med. Wchschr. 1892, p. 219.
74. **Bruce Clarke**. Galvano-cautery for prostatic obstruction. Med. Soc. London. Lancet. Bd. I. 1892, p. 141.

75. **Pousson**. Cystite douloureuse chez un prostatique. VI Cong. franc. de chir. 1892. Annales gén.-ur. 1892, p. 410.
76. **Poncet**. De la création d'un urèthre contre nature. Cystotomie souspubienne chez les prostatiques. VI Congrès français de chirurgie. Ref. Annales gén.-ur. 1892, p. 398.
77. **Coignet**. Sonde dans la vessie d'un prostatique. Soc. des sciences méd. de Lyon. 1892. Ref. Annales gén.-ur. 1892, p. 236.
78. **Keyes**. Traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique. University med. Magazine. Febr. 1892. Ref. Annales gén.-ur. 1892, p. 536.
79. **Mansell Moulin**. Two cases of perineal prostatectomy. Lancet 1892. Bd. II, p. 142.
80. **Mansell Moulin**. Operative treatement of enlargement of the prostate. Lancet Bd. I. 1892, p. 1229, 1287, 1354.
81. **Mansell Moulin**. On the diagnosis of the different forms of prostatic enlargement. Lancet. II. 1892, p. 1380.
82. **Mac Munn**, J. On the diagnosis of the different forms of prostatic enlargement. Lancet. II. 1892, p. 1468.
83. **Barbacci**. Prostatite suppurée produite par le bacterium coli commune. Lo Sperimentale. 15. Aug. 1892. Ref. Ann. gén.-ur. 1892, p. 787.
84. **Albarran**. Opération contre l'incontinence d'urine chez la femme. Annales gén.-ur. 1892, p. 733.
85. **Pousson**. Opération pratiquée chez une femme pour remédier à une incontinence d'urine uréthrale. Soc. de chir. 6 avril 1892. Ref. Ann. gén.-ur. 1892, p. 633.
86. **Bérillon**, E. Incontinence d'urine nocturne chez les enfants. Bulletin med. 15 juin 1892. Ref. Ann. gén.-ur. 1892, p. 646.
87. **Bagot**. Traitement de l'incontinence d'urine chez la femme par le massage. Dublin. Journ. of med. scien. Oct. 1891. Ref. Ann. gén.-ur. 1892, p. 136.
88. **Narich**. Deux cas d'incontinence d'urine guéris par le massage de l'urèthre et du col de la vessie. Soc. obstétr. et gynéc. 12. Nov. 1891. Ref. Annales gén.-ur. 1892, p. 61.

(1) Indem Lydston die allgemeine Frage streift, wie weit unter bestimmten Bedingungen ein und dieselben Mikroben, welche constant in den Absonderungen des Uro-Genitaltracts gefunden werden, Ursachen verschiedener Krankheitsformen, oder andererseits wie weit heterogene Organismen Ursachen eines und desselben Krankheitsprocesses sein können, geht er auf die Thatsache ein, dass verschiedene Krankheitsformen mikrobischen Ursprungs unter die allgemeine Bezeichnung einer Urininfection zusammengefasst werden. Nach dem derzeitigen Standpunkt unseres Wissens kann man indess z. B. eine Unterscheidung der einzelnen Affectionen noch nicht machen und muss man sich demgemäss mit der These begnügen, dass viele Formen organischer und functioneller Veränderung des Uro-Genitaltracts parasitären Ursprungs sind; hieher gehören die Processe einer Allgemeininfection mit Erguss und Eiterung

der Gelenkhöhlen bis zur einfachen chronischen prostatischen Reizung. Loeser.

(2) Guyon's Referat über die Urininfection zerfällt in 2 Theile Der erste betrifft die infectiösen Erkrankungen der Blase, der zweite behandelt das Zustandekommen von Allgemeininfection in Folge der Erkrankung des Urogenitalapparates, insbesondere wird die Pathologie des Urinfiebers eingehend besprochen.

Ad I. Die Resultate, zu denen Guyon bei Besprechung der Cystitis gelangt, sind folgende:

1. Normaler Urin ist in der Blase stets bakterienfrei enthalten.

2. Der Urin entzündeter Blasen enthält stets Mikroben, die als die Erreger der Erkrankung anzusehen sind.

3. Solcher Mikroben gibt es eine grosse Menge von Arten, sowohl Coccen wie Bacillen und unter diesen letzteren spielt die wichtigste Rolle das Bacterium coli commune.

4. Eine durch Gonococcen bedingte Cystitis gibt es nicht, sondern die Blasenentzündung im Verlaufe der Gonorrhoe beruht immer auf Mischinfection.

5. Die tuberculöse Cystitis stellt eine eigenartige Erkrankungsform dar und ist gesondert von den übrigen Cystitiden zu betrachten.

6. Die normale und die kranke Harnröhre sind stets von für die Blase pathogenen Mikroorganismen bewohnt.

7. Dieselben können in die Blase gelangen

a) durch fortgeleitete Entzündung von der Harnröhre aus,

b) durch spontanes Hineinwachsen in die Blase (beim Weibe nicht selten),

c) durch Verschleppung vermittelst Catheters.

8. Weitaus die häufigste Ursache der Cystitis aber ist ein Catheter rismus mit unreinen Instrumenten; die Verschleppung der Urethralbakterien durch sterile Catheter kommt viel weniger in Betracht.

9. Selten erfolgt eine Infection der Blase von der Blutbahn aus.

10. An und für sich können Bakterien allein keine Cystitis hervorbringen, sondern dieselben bedürfen zur Ermöglichung einer Infection Retention des Harnes oder Verletzungen der Blasenschleimhaut.

12. Die Virulenz der Mikroben kann vielleicht beim Zustandekommen der Cystitis eine gewisse Rolle spielen.

13. Zersetzung des Harnes bei Blasenentzündung ist nur ein secundäres Phänomen. Die Cystitis kann längst bestehen, ehe ammoniakalische Gährung eintritt.

14. Die Infection von der Blase aus kann ascendirend auf die Nieren fortschreiten.

Ad II. Ueber die Pathologie des Urinfiebers stellt Guyon folgende Schlüsse auf:

1. Die infectiösen Erkrankungen des Urogenitalapparates stellen eine Gefahr für den Gesammtorganismus dar.

2. Die nothwendige Bedingung zum Zustandekommen einer Allgemeinerkrankung ist Infection des Urins, verbunden mit einer Continuitätstrennung der mit demselben in Berührung kommenden Gewebe.

3. Urinfieber kann spontan auftreten; meist aber ist es die Folge eines Catheterismus oder eines anderen mit Verletzungen einhergehenden chirurgischen Eingriffes. Der Ausgangspunkt kann sowohl in der Urethra, wie in der Blase, Niere und im Ureter liegen.

4. Klinisch lassen sich 2 Formen von Urinfieber unterscheiden.

a) einmaliger oder wiederholter acuter Anfall,

b) chronische Urincachexie mit wenig ausgesprochener continuirlicher Temperaturerhöhung.

5. Zur Erklärung des Krankheitsbildes genügt weder die Theorie von „nervösem Shok" noch die, welche eine „Phlebitis" postulirt. Eine Nierenerkrankung kann unter Umständen mit Schuld an der Temperaturerhöhung sein, allein dies trifft nicht für alle Fälle zu. Einzig und allein Velpeaus Ansicht von der „Urinvergiftung" lässt sich mit gewissen Einschränkungen heute noch aufrecht erhalten.

6. Es handelt sich nämlich nicht allein, wie Velpeau meinte, um eine Vergiftung durch Urin, sondern um eine Resorption inficirten Harnes von verletzten Schleimhäuten (meist der Urethra) aus.

7. Das inficirende Agens sind die im Urin der Kranken befindlichen und ins Blut gedrungenen Bakterien und die Richtigkeit dieser Anschauung findet ihren Beweis

a) in dem Befunde von Bakterien in dem Blute der Patienten während des Anfalls.

b) in dem Identitätsnachweise der aus dem Blute und der kranken Blase gezüchteten Formen.

8. Die reinsten Anfälle von Urinfieber scheint Bacterium coli commune hervorzurufen. Bei den durch andere pyogene Coccen bedingten Anfällen wiegt mehr das Bild der Pyämie vor.

9. Auch das Thierexperiment kann zum Beweis dafür angezogen werden, dass es sich beim Urinfieber um Bakterienwirkung handelt. Injicirt man Thieren Cystitismikroben ins Blut, so kann Tod erfolgen, manchmal auch Nephritis auftreten.

10. Beim kranken Menschen ist die Allgemeininfection besonders gefährlich, wenn schon vor dem Anfall Veränderungen in den Nieren bestanden. Es können sich dann in fataler Weise ascendirende und descendirende Nephritis summiren.

11. Möglicherweise sind es nicht immer nur resorbirte Bakterien, die das Urinfieber bewirken, sondern auch von denselben gebildete Toxine. Schwere, zum Tode führende Infectionen beruhen wohl meist auf der Thätigkeit in relativer Menge ins Blut gerathener Bakterien von starker Virulenz. Aber schnell nach Catheterismus etc. auftretende einmalige Anfälle sind wohl auf die Resorption toxischer Producte zurückzuführen. Der Sieg des Organismus in den letzteren Fällen hängt von intacter Nierenfunction ab. Bei wiederholten Anfällen handelt es sich

um Hinzutreten von Nierenläsionen. In Fällen endlich von chronischer Urinkachexie unterliegen die Kranken durch wiederholte Resorption giftiger Stoffe bei mangelhafter Ausscheidungsfähigkeit der Nieren.

12. Variationen im Bilde der Urininfection hängen ab:

a) von der Virulenz der Bakterien,

b) von dem Allgemeinbefinden der Patienten.

13. Leute, deren Cystitis schon lange besteht, können durch eine Art Autovaccination (wiederholte Resorption kleinster Mengen giftigen Urins) eine gewisse Immunität gegen acute Allgemeininfection erreichen.

Ein ausführliches Literaturverzeichniss schliesst Guyon's Ausführungen. Barlow.

(3) In der Arbeit von Krogius findet sich eine ausführliche Geschichte der Cystitis von Pasteur ab bis in die neueste Zeit. Der Autor selbst hat 22 Fälle von Blasenentzündungen und Infectionen der Harnwege bakteriologisch untersucht, deren Protokolle er ausfürlich mittheilt. Im Ganzen fand er 5 Arten von Bakterien (bis auf 2mal stets in Reincultur) in den untersuchten Urinen, welche mit allen Vorsichtsmassregeln aufgefangen waren und stets frisch verarbeitet wurden.

16mal war im Harne ein Gelatine nicht verflüssigendes Bakterium vorhanden, darunter 14mal in Reincultur. 5 Patienten aus dieser Gruppe litten an einfacher Cystitis, bei 7 weiteren war dieselbe noch mit Nierenerkrankungen complicirt und bei den 4 letzten fanden sich im Urin, der bei 2 Kranken einen äusserst foetiden Geruch hatte, nur die Bakterien ohne Eiterbeimengung, so dass Krogius diese Fälle als „Bakteriurie“ auffasst. Indessen bestanden doch bei 2 der an „Bakteriurie“ Leidenden schwere Allgemeinsymptome, die nur auf locale Behandlung der Blase etwas schwanden. Es folgt nun eine Beschreibung der morphologischen und culturellen Eigenthümlichkeiten dieses nicht verflüssigenden Bakteriums, welche durch beigegebene Abbildungen sehr übersichtlich gemacht ist, sowie dessen pathogener Eigenschaften. Dasselbe zersetzte sterilen Urin je nach der Provenienz und Besonderheit der einzelnen Cultur in 5—22 Tagen, wirkte eitererregend bei subcutaner Application, hatte bei intraperitonealer und intravenöser Einverleibung meist den Tod der Versuchsthiere zur Folge und erregte endlich eine kurz (5—6 Tage) dauernde Blasenentzündung, wenn ausser der Injection einer Bakterienaufschwemmung in die Blase die Harnröhre für längere Zeit unterbunden wurde. Die auf diese Weise erzeugte künstliche Retention ward bis zur Dauer von 24 und mehr Stunden ausgedehnt. Auch Nephritis liess sich durch Inj. in den Ureter produciren.

Auf Grund vergleichender Studien kommt nun Krogius zu dem Schlusse, dass dieses nicht verflüssigende Bakterium mit dem Bacterium coli commune identisch sein müsse. Diesen Bacillus coli communis fand der Autor auch in paraurethralen und prävesicalen Abscessen als alleinigen Eitererreger, ausserdem in den Nieren.

Bei 2 Kranken wurde das Vorkommen des von Krogius in einer früheren Arbeit Urobacillus liquefaciens septicus genannten Bacillus constatirt. Derselbe fand sich einmal in der Blase, und einmal in einem perivesicalen Abscess sowie im Blute des Patienten 18 Stunden vor dem Tode. Derselbe zersetzt Harn äusserst schnell (schon in wenigen Stunden) und ist für Thiere sehr pathogen. Injection in die Blase hat Cystitis auch ohne künstliche Retention zur Folge. Sterilisirte Culturen waren giftig und die Virulenz nahm mit dem Alter der Cultur eher zu als ab. Diesen Bacillus konnte der Verfasser mit dem Proteus Hauseri identificiren.

2mal war der Staphylococcus aureus als ätiologischer Factor der Cystitis anzusehen.

2mal fand sich der stark harnstoffzersetzende Staphylococcus liquefaciens Lundström in der Blase, in Association mit anderen Bakterien.

2mal war die Blasenentzündung durch Gonococcen bedingt. In einem Falle zeigten sich dieselben in Reincultur im Urin. Die klinischen Symptome liessen an dem Bestehen einer Cystitis nicht zweifeln.

Barlow.

(4) Harrison bespricht unter Mittheilung von einzelnen Krankengeschichten und Daten die Klinik des „Urinfiebers". Als Paradigmen für die Art und Weise des Auftretens führt er 3 Fälle an.

1. Ein im Uebrigen ganz gesunder Mensch macht die Urethrotomia interna durch, bekommt dann einen Schüttelfrost und Fieber, das sich unter Umständen mehrmals nacheinander wiederholen kann.

2. (Beobachtung Bauks Mitschell [Edinburg Med. Journ. 1871] bei einem 30jährigen Manne.) Ein Kranker war früher schon öfters bougirt worden, ohne Schaden zu nehmen. Ohne besondere Veranlassung wurde er gelegentlich einer neuen Bougirung von einem, eine Stunde später einsetzenden Schüttelfrost befallen und starb unter convulsivischen Zuckungen und sich wiederholenden Frösten in 6 Stunden. Bei der Section fand sich leichte Nierencongestion, sonst nichts.

3. (Eigene Beobachtung H.'s.) Ein 11jähriger Knabe hatte sich bei Gelegenheit eines Sturzes auf das Perineum eine partielle Zerreissung der Harnröhre zugezogen. Die Einführung eines Catheters à demeure war sehr leicht. 48 Stunden nach dem Unfall traten oft sich wiederholende Convulsionen ein und der Patient erlag in 8 Stunden. Autopsie verweigert.

Trotz der an den 3 Paradigmen gezeigten Verschiedenheiten im Verlaufe des Urinfiebers glaubt Harrison die Meinung vertreten zu sollen, dass alle 3 Beobachtungen der nämlichen Kategorie zuzuweisen sind und er theilt in Bezug auf die Aetiologie ganz den bakteriellen Standpunkt Hallés. (Ann. gén.-ur. Feb. 1892.) Das Eintreten des Urinfiebers hängt sehr von der Art des operativen Eingriffs an den Harnwegen ab. Selten tritt es nach Perinealsection wegen Stricturen auf, häufig (nach Tearan: Brit. med. journ. march 1878 in $^2/_3$ aller Fälle) bei

Urethrotomia interna. Desgleichen ist es häufig, wenn nach Zerreissungen der Urethra ein Verweilcatheter angelegt wird und sich dann Urin zwischen Instrument und Harnröhrenwand infiltrirt. Bei gleichzeitiger Drainage der Blase durchs Perineum bleibt es aus.

Die Schwere des instrumentellen Eingriffs ist ganz unabhängig von dem Auftreten von Fieber. Diese Daten führen Harrison zu dem Schlusse, dass nicht der Eingriff an sich pyrogen wirkt, sondern, dass es sich um mechanische Verhältnisse, welche die Infection begünstigen, handeln müsse.

Er empfiehlt daher an die Urethrotomia interna die Drainage der Blase durchs Perineum anzuschliessen und will bei diesem an 25 Patienten erprobten Verfahren nie Fieber beobachtet haben, obwohl die Urethra, durch die vor der Heilung der Urethralwunde kein Urin passirte, zur Erhaltung des Kalibers regelmässig bougirt wurde. Natürlich muss die Drainage eine regelmässige sein. Die Perinealboutonniere soll 7 Tage offen bleiben.

Eine Varietät des „Urinfiebers" bietet aber für eine Erklärung durch Infection Schwierigkeiten. Wird bei Patienten nämlich die Prostata durchschnitten und bis zur Heilung ein Verweilcatheter eingelegt, so tritt manchmal Frost und Fieber auf, wenn der Kranke zum ersten Male durch die Harnröhre Wasser lässt. Dies scheint nur durch Nerveneinfluss erklärlich.

Trotzdem kommt Harrison zu dem Resumé:

1. dass eine Reaction mit Fieber nach Wunden im Bereiche der Harnröhre von ungenügender Drainage der Blase abhängt,

2. dass die Ursache des Fiebers nicht in Nervenstörungen, sondern in Infection zu suchen ist.

Ob es sich bei der Infection um directe Bakterienwirkung oder um von denselben gebildete giftige Producte handelt, ist zur Zeit noch nicht zu entscheiden. Barlow.

(5) Reliquet's Ausführungen gipfeln in Folgendem:

1. Die normale Blase mit gesundem Epithel resorbirt nicht.

2. Die kranke, ihres Epithels beraubte Blase, ebenso die kranke Urethra, die ohnedies gegen Traumen viel widerstandsloser ist, resorbiren Harn und in demselben befindliche Stoffe.

3. Alle Urinfieberformen sind auf die Resorption mehr oder weniger veränderten Harnes zurückzuführen.

4. Die Therapie soll den Contact des inficirten Urines mit Wunden verhüten, durch prophylaktische Antisepsis, durch Verweilcatheter, durch adstringirende Injectionen, die schützende Schorfe gegen die Infectionserreger bilden. Ausserdem ist bei schon bestehendem Fieber Alkohol, Schwitzen, Milchdiät angezeigt. Barlow.

(6) Hallé's Ausführungen decken sich in allem Wesentlichen mit den Ansichten, die Guyon beim VI. Congr. f. franz. Chir. vertreten hat. (Cf. 2.) Barlow.

(7) Die Pathogenie des Urethralfiebers ist trotz der zahlreichen Bearbeitungen, die dieses Thema seit Maisonneuve gefunden hat, noch fern davon, in allen Punkten aufgeklärt zu sein.

In einer kurzen Uebersicht über die allgemeinen Anschauungen auf diesem Gebiete gibt Hartmann eine Krankengeschichte bekannt, die einige sehr beachtenswerthe Momente enthält.

Nach H. steht es fest, dass es sich beim Urethralfieber nicht um eine einfache Resorption von normalem Urin handle, sondern dass man einer Infection in rein bakteriellem Sinne gegenüberstehe. Man weiss sehr wohl, dass gewisse Formen dieses Fiebers mit mehr oder weniger ausgesprochenen Defervescencen in Verbindung mit Eiterherden in den Nieren stehen, aber die Art und Weise, wie das infectiöse Agens in den reinen typischen Fällen von Catheterfieber resorbirt wird, ist noch nicht vollständig festgestellt. Unrecht haben nach H. diejenigen Autoren, die die Urethralbakterien als Ursache der Temperatursteigerung nach Catheterismus beschuldigen und glauben durch eine sorgfältige aseptische Reinigung der Harnröhre der Infection entgegentreten zu können. Im Gegentheil enthält der Urin der kranken Blase meist die Infectionsstoffe und es ist zum Zustandekommen des Krankheitsbildes nothwendig, dass nicht nur der Urin Urethralwunden passirt, sondern dass eine gewisse Quantität unter Druck in das Gewebe eingepresst wird — ein Verhältniss, welches bei der Miction statt hat.

Die Krankengeschichte, an der H. seine Ansicht zu beweisen sucht, ist folgende: Ein Prostatiker von 65 Jahren hatte schon lange an Urinbeschwerden gelitten und hin und wieder schwerere Krisen durchgemacht, bis in letzter Zeit fast vollständige Retention eingetreten war. Trotzdem erfolgte wieder Besserung und erst nach 12 Tagen vom ersten Besuche H.'s an war dieser genöthigt, zum Catheter zu greifen und wegen grosser Schwierigkeit beim Ueberwinden der Prostasta einen Verweilcatheter einzulegen.

Dieser konnte nach einiger Zeit wieder entfernt werden und der Pat. ward in der Folge öfters catheterisirt, z. Th. that er dies selbst, wobei immer Blut kam, ein Zeichen, dass die Harnröhre Verletzungen aufwies. Niemals aber bestand Fieber. Nach fast 4wöchentlicher Behandlung urinirte der Kranke zum ersten Male spontan. 11 Stunden später typischer Schüttelfrost und Temperatursteigerung, die in wenigen Tagen wieder herunterging.

So oft nun im Verlaufe der 3½monatlichen Beobachtung der Kranke den Catheter gebrauchte, blieb er von Fieberanfällen verschont, desgleichen, wenn er nur wenige Tropfen Urins spontan entleerte. Erfolgte aber eine vollständige Miction, so trat jedesmal ein Schüttelfrost mit längerer oder kürzerer Temperatursteigerung auf. Der Urin enthielt Colibacillen in Reincultur. Aus diesen Beobachtungen zieht H. folgende Schlüsse:

1. Verletzungen des Urethralkanals auch wenn dieser nicht eitert, führen nicht zu Temperatursteigerung.

2. Da der Catheterismus und kleine Mengen Urins nie Fieber hervorriefen, dagegen eine vollständige Miction, so muss der Passage einer grösseren Menge infectiösen Urins über die wunde Harnröhre und der Penetration eines gewissen Theiles derselben ins Gewebe die Schuld an der Temperatursteigerung zugemessen werden. Barlow.

(8) Denys betont, dass die Reaction des Urins nicht zur Classificirung von Cystitisfällen verwendet werden dürfe. Im übrigen siehe Denys, Diagnostic des microbes dans les urines. (Bull. de l'Acad. de Belge 1892.) Barlow.

(9) Die Beschreibung Achard's und Hartmann's betrifft denselben Kranken, dessen Geschichte der letztere der beiden Autoren in „Quelques réflexions à propos d'un cas de fièvre urineuse à accès intermittents“ (s. ob. 7) ausführlicher gegeben hat.

Die Schlüsse, zu denen beide Verfasser kommen, sind folgende:

1. Trauma des Urethralkanals an sich ruft kein Fieber hervor.

2. Die Absorption der fiebererregenden Stoffe findet in der verletzten Harnröhre statt, wenn dieselbe durch eine vollständige Miction gedehnt wird.

3. Im vorliegenden Falle kam die Infection durch Bacterium coli commune zu Stande. Barlow.

(10) Nach Denys genügt in den meisten Fällen von Cystitis die mikroskopische Untersuchung eines Tropfens Urin, um die Gattung der die Infection bedingenden Mikrobe festzustellen.

Bei Tuberculose der Blase findet man nur sehr wenige Bakterien, die die bekannte Farbenreaction geben.

Bei anderen Cystitisfällen werden am häufigsten der Bacillus lactis aerogenes, der unbeweglich ist, und Strepto- sowie Staphylococcen gefunden, die sich mikroskopisch ebenfalls bequem unterscheiden lassen.

Nach einigen weiteren allgemeinen Betrachtungen kommt Denys zu folgenden Schlüssen:

1. Der Bacillus aerogenes Escherich ist gewöhnlich der Infectionserreger bei Krankheiten der Harnwege.

2. Die beste Eintheilung der Cystitis ist die nach den Erregern.

3. Die einfache mikroskopische Untersuchung des Urins genügt fast immer, um die Infectionserreger zu bestimmen. Barlow.

(11) Charrin berichtet, dass Bouchard die Gegenwart von Bacillus coli communis im Präputialsecret Gesunder und Kranker constatirt hat.

Ferner hat B. öfters eine Krystallbildung auf festem Nährboden durch diesen Bacillus gesehen. Auch Gasentwickelung tritt, besonders bei Gelatinestichculturen, meist auf. Barlow.

(12) Reblaub ist es, gelegentlich seiner Untersuchungen über die Cystitis bei Frauen aufgefallen, wie gross die Aehnlichkeit zwischen Bacillus coli communis und der „Bactérie pyogène Albarran“ ist. Immerhin aber zweifelt er noch an der vollkommenen Identität beider und stellt

unter aller Reserve die Ansicht auf, dass vielleicht der Aufenthalt in den Harnwegen an dem Colibacillus einige Veränderungen verursache.

Barlow.

(13) Achard und Renaut, die früher die Bedeutung des Bact. coli commune bei der Infection der Harnwege ganz besonders vertreten haben und die die Identität dieses Bakteriums mit der „Bactérie pyogène Albarran“ stets hervorhoben, sind jetzt auf Grund von eigenen und Morelles Untersuchungen zu der Anschauung gelangt, dass auch dem Bacterium lactis aerogenes eine Stelle bei der Urininfection anzuweisen sei. Das einzige Zeichen, wie man B. coli commune und B. lactis aerogenes auseinander halten kann, ist Folgendes: Beide wachsen nicht, wenn man eine alte Cultur abkratzt und auf den alten Nährböden einen neuen Impfstrich derselben Bakterie macht. B. lactis aerogenes aber wächst auf abgekratzten Coliculturen. Barlow.

(14) Achard und Renaut fanden in der Niere einer schwangeren Frau, die an Nephritis litt, einen Bacillus, der alle Eigenthümlichkeiten des Bacillus coli communis Escherich aufwies. Postmortale Einwanderung des Bacillus ins Gewebe war ausgeschlossen. Bei einem Vergleich dieses Bacillus nun mit der „Bactérie pyogène“ von Albarran konnte weder in Bezug auf Morphologie noch Verhalten im Thierkörper ein Unterschied gefunden werden. Sie schliessen hieraus auf die Identität beider Bakterien, eine Ansicht, welche durch eine Mittheilung von Strauss, der berichtet, dass Krogius durch ganz selbständige Untersuchungen zu dem gleichen Resultate kam, unterstützt wird. Barlow.

(15) Achard und Renaut haben die Bacilles urinaires (es ist nicht hervorgehoben, welche sie meinen — vermuthlich die mit dem Bacterium coli commune identischen) auf ihr Vermögen, Harnstoff zu zersetzen, untersucht. Harn mit diesen Bakterien geimpft, bleibt sauer; auf reinen Harnstofflösungen wachsen sie nicht; bei Zusatz von Pepton (am besten 1%, kaum noch bei 5% Peptongehalt) vermehren sie sich, verlieren aber die Fähigkeit, die Indolreaction zu erzeugen. Die Verff. schliessen aus ihren Versuchen, dass der Harnstoff diesen Bakterien nicht zur Nahrung dienen kann, ja dass er ihnen bei ihrer Entwicklung schadet. Jadassohn.

(16) Krogius hat den aseptisch aufgefangenen Urin von 17 Cystitisfällen untersucht. Er fand ein Bakterium, welches morphologisch und im Verhalten am Thierkörper absolut mit Escherich's Bacterium coli commune übereinstimmte und ebenfalls mit Clado's „Bactérie septique de la vessie“ und Albarran's „Bactérie pyogène“ identisch zu sein scheint. Infection von Reinculturen in die Blase von Thieren mit folgender Ligatur der Harnröhre brachten Cystitis zu Wege, desgleichen konnte K. subcutane Eiterung und Allgemeininfection mit seinen Bakterien hervorrufen. (Cf. die sub (3) ausführlich referirte Arbeit.) Barlow.

(17) Sertini constatirt, dass Harnsäure im Allgemeinen ein sehr constanter, sich nicht leicht zerlegender Körper ist. Beweis: das Vorkommen im Guano, der Jahrtausende alt ist. Suspendirt man Harnsäure

in Wasser und gestattet Luftzutritt, so findet monatelang keine Zersetzung statt, eine geringe Menge faulen Urines ruft aber sofort solche hervor. „Mikrococcus ureae Jaksch“ und Bacillus fluorescenc zersetzen Harnsäure entweder nach der Formel $C^{10}H^4Az^4O^6 + 8H^2O^2 + CO = 4\,AzH^4C^2O^4 + C^2O^4$ oder es entsteht Harnstoff wahrscheinlich nach einer ähnlichen Formel wie bei der Oxydation von Harnsäure sich Alloxan und Harnstoff bildet. Barlow.

(18) Carlier und Arnault verstehen unter „Urinabscessen“ Eiterungen, die durch ins Gewebe gelangten infectiösen Urin bedingt sind und solche, die sich in der Gegend der Harnwege ohne Verbindung mit denselben bilden. Der Erreger der Eiterung ist meist die „Bactérie pyogène“. Behandlung soll in ausgiebigen Einschnitten und Drainage bestehen. Womöglich müssen bestehende Stricturen auch sofort behandelt werden. Barlow.

(19) Marboun empfiehlt nach einer zusammenfassenden Besprechung der bei Erkrankung der Harnwege angewendeten inneren und äusseren Antiseptika das „Mikrocidine“ für die directe und indirecte Antisepsis derselben. Das Mikrocidine besteht aus Naphthol und Aetznatron, ist in Wasser löslich, verdirbt Wäsche und Instrumente nicht und ist weder giftig noch ätzend. Die Dosis innerlich ist 2 Gr. pro die. Eine Solution (3:1000) ruft in der Blase keine Schmerzen hervor. Barlow.

(20) W. A. Meisels, welcher die Blasenbewegungen an Kaninchen im Sanders-Ezn'schen Bade von 38° C. mit 0,6% Kochsalzgehalt studirte, kommt zu folgenden Resultaten:

1. Man kann die Blasenbewegungen der Thiere nur unter denselben Kautelen studiren wie die Darmbewegungen, weil die abkühlende und trocknende Wirkung der Luft als starker Reiz wirkt; auch entsteht an der aufgedeckten Blase eine starke Hyperämie.

2. Die Blase vollführt selbständige, automatische Bewegungen, die durch eine gewisse Rhythmicität charakterisirt sind. Diese Bewegungen sind zusammengesetzter Natur und combiniren sich theilweise aus den undulirenden Bewegungen der Seitenwände, aus den rotirenden und gleichzeitig nach rechts und links schwankenden Bewegungen des Vertex. Am stärksten ist die automatische Bewegung, wenn die Blase halb gefüllt, schwächer wenn sie stark gefüllt oder leer ist. Als Einleitung zur Harnentleerung verliert die Blase ihre ovale Form, der spitzige Vertex flacht sich ab und die Blase wird kugelförmig, später nimmt sie die Form einer Kastanie an und wird gefurcht.

3. Die unterbundene und herausgeschnittene Blase vollführt im Sanders'schen Bade eben solche automatische, vom Centrum unabhängige Bewegungen, wie die mit dem Körper zusammenhängende unversehrte Blase und benimmt sich Reizen gegenüber qualitativ ebenso, wie diese. Die Bewegungen der excidirten Blase sind höchst wahrscheinlich so zu deuten, wie Engelmann die periodischen Bewegungen der Ureteren erklärte.

4. Die bei der alkalischen Harngährung sich bildenden anormalen Harnbestandtheile wie kohlensaures Ammon, Schwefelwasserstoff und Schwefelammon sind als Reize zu betrachten, welche Blasenbewegungen auslösen, und zwar ist das kohlensaure Ammon das stärkste, Schwefelwasserstoff der schwächste Reiz. Aus Versuchen an excidirten Blasen ergibt sich, dass jene Reize die Bewegungen nicht nur reflectorisch, sondern auch durch directe Reizung der Muskelelemente und der motorischen Nervenfasern der Blase auslösen. Die aufgezählten Harnbestandtheile üben auch auf die Gefässe der Blase eine deutliche Wirkung aus: Schwefelwasserstoff und Schwefelammon erzeugt in stark diluirten Lösungen Contraction der Gefässe, kohlensaures und harnsaures Ammon dagegen starke Dilatation derselben. Da die zwei ersteren bei der alkalischen Harngährung nur in geringem Masse vorhanden sind, wird natürlich die Wirkung der beiden letzteren auf die Blutgefässe prävaliren. Concentrirtere Lösungen des kohlensauren Ammon können, wenn sie längere Zeit mit der Blasenwand in Berührung sind, diese paretisch machen.

Aus allem hier aufgezählten erfolgt von selbst, dass der Tenesmus die Hyperämie und die dem Tenesmus manchmal folgende Blasenparese, die bei der alkalischen Harngährung im Innern der Blase beobachtet werden, an die Gegenwart der obigen abnormen Harnbestandtheile, besonders an die des kohlen- und harnsauren Ammons gebunden sind. Vielleicht irren wir auch nicht, wenn wir die Blasenschmerzen diesen Substanzen zuschreiben. Es ist unnöthig auseinanderzusetzen, wie sehr alldies im gegebenen Krankheitsfalle, in Hinsicht auf die Nothwendigkeit einer Therapie, die möglichst frühzeitige gründliche Auswaschung und Desinfection der Blase begründet.

5. Thermische Reize, und zwar Kälte ebenso wie Wärme, steigern die Blasenbewegungen, gleichviel ob die Blase mit dem Körper im Zusammenhang oder herausgeschnitten ist. Die Blutgefässe verengern sich sowohl auf Kälte, als auf Wärme. Es gibt aber gewisse Unterschiede zwischen den Wirkungen der beiden Temperaturen und zwar einestheils die Blasenbewegungen, anderntheils die Gefässe betreffend.

Während nämlich auf Kältereize die zuvor heftig bewegte und schon ermüdete Blase nach 2—3 Minuten langem Ausruhen wieder ihre automatischen, rhythmischen Bewegungen beginnt, bewegt sich nach Anwendung von warmem oder heissem Wasser die ermüdete Blase längere Zeit, 10 ja 15 Minuten lang nicht, sondern liegt erschlafft da und wenn sie sich wieder zu bewegen beginnt, so thut sie dies sehr schwach, energielos. Die zufolge der Kälte contrahirten Gefässe bleiben längere Zeit, die auf Wärme contrahirten nur kurze Zeit in diesem Zustande. Letztere erweitern sich stark und erschlaffen viel früher als die Blase selbst. Es versteht sich von selbst, dass bei gewissen Fällen von Blasenblutungen die Anwendung von Kälte zweckmässiger sein kann, als die der Wärme.

6. Die Harnblase antwortet auf mechanische Reizungen mit Contractionen und Steigerung ihrer Bewegungen. Es ist dies theilweise eine Reflexwirkung, theilweise aber wird der Reiz von den glatten Muskelfasern fortgeleitet; die Wirkung ist auch an der excidirten Blase zu beobachten.

7. Die Blase kann durch faradischen Strom zur Contraction gezwungen werden, was übrigens bei der therapeutischen Anwendung des elektrischen Stromes ebenfalls constatirbar ist, bisher aber experimentell noch nicht bewiesen wurde. Barlow.

(21) Magon hat die Arbeiten früherer Forscher über die Absorptionsfähigkeit der Blasenschleimhaut nachgeprüft und die Ursachen für das Entstehen oder Ausbleiben von Resorption eingehend besprochen. Barlow.

(22) Guyon's Kranke, eine Frau von 24 Jahren, hatte einen parametritischen Abscess, aus dem sich, wie das Endoskop zeigte, Eiter in die Blase entleerte. Die Blasenschleimhaut selbst war gesund und es bestand auch klinisch keinerlei Anhalt für eine Cystitis. Der mit dem Eiter des Abscesses gemischte Urin enthielt Bacterium coli commune, welches aus dem Eiterheerde stammte. Inoculationen von Culturen auf Meerschweinchen waren erfolglos. Aus diesem Befunde zieht Guyon folgende Schlüsse, die er zur Stütze seiner an anderer Stelle oft vorgetragenen Ansicht über die Entstehung der Cystitis verwerthet.

1. Es gibt keine Cystitis ohne Bakterien, aber die Bakterien sind nicht an sich fähig, die Krankheit hervorzurufen, sondern bedürfen dazu gewisser unterstützender Momente.

2. Diese Momente sind Retention, Trauma, Congestion. Am wichtigsten von diesen ist die Retention

a) wegen der Stagnation des Harnes,

b) wegen der durch dieselbe bedingten

1. Hämorrhagien,

2. Epithelverletzungen;

c) wegen der Parese der Blase, die nach langer Retention entsteht.

Eine Eintheilung der Cystitiden darf nicht nach den Bakterienarten gemacht werden, die nur dazu beitragen, sie hervorzurufen, denn eine solche Eintheilung zieht die Entwicklung der Krankheit nicht genügend in Betracht. Die eigentlichen Grundursachen müssen als Basis für eine Classification dienen. Barlow.

(23) Schnitzler, der schon 1890 eine vorläufige Mittheilung über einen von ihm aus einer Anzahl von Cystitisfällen gezüchteten Bacillus und dessen pathogene Eigenschaften veröffentlichte, hat in einer neueren, mit eingehenden historischen Bemerkungen versehenen Arbeit die Resultate einer bakteriologischen Harnuntersuchung von 25 Blasenkranken ausführlich mitgetheilt.

Bei sämmtlichen Patienten mit Ausnahme eines einzigen war der Urin ammoniakalisch oder wurde es in kürzester Frist, nachdem er

unter aseptischen Cautelen aufgefangen war, im Reagensglase unter Watteverschluss. 4 der Fälle waren Entzündungen der Blase zugleich mit bestehender Strictur, 3 waren mit Steinbildung complicirt, 13 Fälle betrafen Catheterisationscystitiden bei sonst gesundem uropoetischem Apparat (DerCatheterismus war wegen vorübergehender Retention nach einer Operation erforderlich), bei 4 liess sich eine Aetiologie nicht genauer feststellen und endlich war bei einem ein Carcinom in die Blase perforirt. Ausserdem zog Schnitzler eine Patientin, welche eine partielle Blasenexstirpation überstanden hatte, in den Kreis seiner Beobachtungen.

Die Befunde waren wie folgt:

a) 15mal fand sich in der Blase nur eine einzige Bakterienart.

b) 10mal waren mehrere Species neben einander vertreten.

Ad *a*) In der ersten Gruppe zeigte sich:

1. 9 (+ 1 Blasenexstirpation) mal ein stark harnstoffzersetzender Bacillus, der mit Proteus Hauseri sich als identisch erwies.

2. 1mal ein Coccus, der harnstoffzersetzend war und Gelatine verflüssigte. (Wahrscheinlich ein abgeschwächter Staphylococcus pyogenes albus.)

3. 3mal ein Coccus, der Harnstoff zersetzte und Gelatine consumirte. (Mikrococcus ureae Leube.)

4. 1mal ein Bacillus, der Harnstoff nicht zersetzte. (Bacillus bei Colpitis emphysematosa; Eisenlohr und Klein.)

5. 1mal ein Bacillus, der Harnstoff zersetzte und Gelatine nicht verflüssigte.

Ad *b*) In der zweiten Gruppe fand sich:

1. 7mal Proteus Hauseri,
2. 1mal der oben genannte Staphylococcus pyogenes,
3. 1mal eine Harnstoff nicht zersetzende Bacillenart.

Es waren also im ganzen 23mal harnstoffzersetzende und 2mal nicht harnstoffzersetzende Arten vorhanden. Bei einem Kranken, dessen Urin ammoniakalisch war, gelang es nicht, den Harnstoffzerleger zu isoliren. Die Reinculturen der Bakterien gewann Schnitzler auf dem üblichen Wege mittelst Plattenverfahren aus ganz frischem Urin. Die harnstoffzerlegende Fähigkeit derselben studirte er an sterilem Harne, wobei er durch Controlversuche mit Jackscher Nährlösung bewies, dass wirklich jede stärkere Ammoniakbildung im sonst normalen Harne aus dem Zerfall von Harnstoff stamme.

Des weiteren bespricht der Verfasser eingehend Rovsing's Theorie von der Aetiologie der Cystitis und kommt zu dem Schlusse, dass für die Entstehung einer Blasenentzündung beim Menschen eine Urinretention im Sinne Rovsing's und Guyon's nicht unbedingt nothwendig sei. Auch den von Rovsing aufgestellten Typus einer „catarrhalischen Blasenentzündung“ lehnt er auf Grund eigener Versuche ab, da es ihm gelungen, mit nicht pyogenen Harnstoffzerlegern oder Ammoniaklösung eitrige Cystitis hervorzurufen. Ferner erkennt Schnitzler

im Gegensatz zu Rovsing's Ansicht auch eine saure, nicht tuberculöse Cystitis an.

Zu diesen Anschauungen ist der Autor auf Grund zahlreicher Thierversuche gekommen, welche derselbe in einem Anhange ausführlich mittheilt, ebenso wie er eine genauere Beschreibung der verschiedenen gefundenen Bakterien wie insbesondere des bisher allein von ihm und Krogius bei Cystitis gefundenen Proteus Hauseri und dessen Wirkung auf den Thierkörper gibt. Es würde den Rahmen eines Referates bei weitem überschreiten, alle diese interessanten Einzelheiten ausführlich zu besprechen resp. kritisch zu beleuchten. Barlow.

(24) Reblaub's Arbeit über die Cystitis beim Weibe bezieht sich auf 16 Fälle. Die Fragen, deren Lösung er auf experimentellem Wege erstrebte, waren folgende:

1. Sind alle Cystitiden bei Weibern bakteriellen Ursprungs?

2. Sind die eventuell gefundenen Bakterien ein ätiologischer Factor oder stellen dieselben nur eine accidentelle Erscheinung dar?

3. Unter welchen Bedingungen wirken die Mikroben pathogen auf die Blase?

4. Woher stammen dieselben und auf welchem Wege erreichen sie das Organ?

In einem 2. Theile studirte der Verfasser an der Hand klinischer Beobachtung, inwieweit die Resultate der Thierexperimente sich mit den Befunden am Menschen vereinigen liessen und endlich ist eine 3. Abtheilung der Schrift einer Untersuchung gewidmet, in welchem Verhältniss die einzelnen zum Zustandekommen der Blasenentzündung als nothwendig erkannten Factoren bei der Cystitis blennorrhagica, graviditatis, puerperalis und der sogenannten „Cystite primitive“ eine Rolle spielen.

Was die Einzelheiten des im ganzen 7 Capitel umfassenden Werkes betrifft, so ist das 1. Capitel historischen Betrachtungen gewidmet, welche, wie in fast allen gleichzeitigen Arbeiten über das Thema der Blasenentzündung, im Wesentlichen die von Rovsing 1890 angeführte Literatur mit einzelnen Completirungen umfassen. Im 2. legt der Autor seine Untersuchungsmethode dar, von deren genügender Sicherheit er sich durch Controlversuche an gesunden Blasen überzeugt hat.

Das 3. Capitel enthält eine Beschreibung der verschiedenen gefundenen Bakterienarten und zwar zeigten sich bei den 16 Fällen 4mal Staphylococcus pyogenes aureus, 1mal Mikrococcus albicans amplus (Bumm), 1mal Diplococcus subflavus (Bumm), 6mal Bacterium coli commune (Escherich), 2mal Bacillus griseus (Weichselbaum), 2mal Proteus Hauseri (Urobacillus liquefaciens septicus [Krogius]). Es waren also regelmässig im Urin der Cystitiskranken Bakterien (meist in Reincultur) vorhanden, während der Harn 5 gesunder Frauen stets steril war. Sämmtliche Mikroben besassen die Fähigkeit, Harnstoff in kürzerer

oder längerer Zeit zu zerlegen. Der Urin aber war bis auf 2 Fälle (in einem ist die Reaction in der Krankengeschichte nicht angegeben, Ref.) bei der Entnahme aus der Blase stets deutlich sauer.

Im 4. Capitel beschreibt Reblaub, der die pyogene oder toxische Fähigkeit seiner Mikroben durch Versuche an verschiedenen Thieren festgestellt hatte, die Resultate, welche er bei der Erzeugung experimenteller Cystitis an Kaninchen hatte. Injicirte er eine Aufschwemmung von Reinculturen der Bakterien in die Blase, so schwanden dieselben nach wenigen Stunden schon aus dem Urin und es trat nie Blasenentzündung ein.

Legte er aber nach der Injection eine Ligatur um die Harnröhre und erzeugte er so künstliche Retention, so gelang es regelmässig eine Cystitis hervorzurufen, nur war die Zeit, deren die einzelnen Bakterienarten dazu bedurften, eine variable. Ebenso waren die Erfolge positiv, wenn er eine Congestion der Blasenschleimhaut durch Canthariden bewirkte. Unsicher und schwankend aber war die Bakterienwirkung, wenn er ein Trauma der Blase der Injection beifügte. Gewöhnlich kam auch dann eine Cystitis nur bei längerer oder kürzerer Ligatur des Penis zu Stande.

Die Besprechung über die Wege, auf denen eine Infection der Blase zu Stande kommen kann, findet sich im 5. Capitel und ist im Wesentlichen referirend gehalten.

Was den 2. und 3. Theil der Arbeit anbelangt, welcher die Capitel 6 und 7, sowie die sorgfältig geführten Krankengeschichten und Versuchsprotokolle bringt, so muss in Bezug auf die darin mitgetheilten, höchst interessanten Ausführungen des Verfassers auf das Original verwiesen werden, da ein Eingehen auf die vielen wichtigen Details zu viel Raum beanspruchen würde. Es dürfte für die Zwecke eines Referates genügen, die Schlussfolgerungen, welche Reblaub aus seinen Experimenten und klinischen Erfahrungen zieht, hier kurz mitzutheilen.

Dieselben lauten wie folgt:

1. Bei allen Fällen von weiblicher Cystitis finden sich Bakterien.
2. Dieselben sind meist in Reinkultur vorhanden.
3. Es gibt sehr vielerlei Mikroben, denen cystitiserregende Eigenschaften zukommen.
4. Das Bacterium coli commune (Bactérie pyogène Hallé), etwas modificirt durch seinen Aufenthalt in den Harnwegen, wird beim Weibe wie beim Manne am häufigsten bei der Blasenentzündung angetroffen.
5. Die aus den kranken Blasen gezüchteten Mikroben sind pathogen.
6. Die Invasion der Bakterien in die Blase an und für sich ruft keine Cystitis hervor. Nothwendig zum Zustandekommen derselben sind Retention des Urins oder Trauma, resp. Congestion der Blase.
7. Die in der kranken Blase gefundenen Bakterien finden sich normaler Weise in der Urethra, Scheide, Darmtractus und der Luft in einer mehr oder weniger abgeschwächten Virulenz.

8. Die Blase kann inficirt werden 1. von der Urethra, 2. von der Umgebung, 3. von den Nieren aus. Bei letzterem Modus entsteht stets Nephritis.

9. Klinik und Thierexperiment stehen im Einklang, soweit die Aetiologie der Blasenentzündung und die zum Entstehen derselben nothwendigen Vorbedingungen in Betracht kommen. Doch gibt es eine Anzahl von Cystitisfällen, bei welchen wir genöthigt sind, eine gewisse prädisponirende Schwäche des Organs anzunehmen.

10. Die sogenannte gonorrhoische Cystitis ist für gewöhnlich eine Mischinfection. Durch Gonococcen bedingte Infection der Blase ist, wenn dieselbe überhaupt existirt, beim Weibe sehr selten.

11. Die Cystitis bei Graviden stellt keine besondere Art dar. Die Gravidität wirkt nur prädisponirend für Infectionen durch die mit ihr einhergehende Congestion der Unterleibsorgane eventuell durch die von ihr manchmal verursachte Urinretention.

12. Die Cystitis puerperalis kommt in 2 Formen vor. Die eine ist bedingt durch Infection im Puerperium, die andere, besser Cystitis post partum genannt, durch eine solche von aussen, welche noch begünstigt wird durch den Zustand, in dem sich die Beckenorgane nach der Geburt befinden.

13. Die sogenannte „Cystite primitive“ bei der Frau ist meist tuberculös, kann aber auch durch andere Bakterien, die, sei es durch die Nieren oder vom Genitaltractus aus in die Blase gelangen, bedingt sein.

Anmerkung des Ref.: Der abweichende Standpunkt, den Referent in einigen der oben referirten Punkte einnimmt, findet sich in einer in diesem Archiv erschienenen Arbeit ausführlicher dargelegt.

Barlow.

(25) Frisch beobachtete einen 52jährigen Patienten mit chronischer abscedirender Prostatitis. Plötzlich trat unter Schüttelfrost und schweren Allgemeinerscheinungen heftige Cystitis auf, als deren Erreger Fr. im Harne des Kranken gefundene Streptococcen ansah. Ein Erysipel der Haut, welches sich im Verlaufe der Beobachtung am linken Oberschenkel entwickelte, legte den Verdacht nahe, dass es sich beim Beginne der Erkrankung um ein primäres Schleimhauterysipel der Harnblase gehandelt habe und Cultur- sowie Thierversuche mit den aus dem Urin gezüchteten Streptococcen stützten diese Ansicht. Barlow.

(26) Zu der Frage, ob das Vaginalsecret Schwangerer pathogene Keime enthält — eine Frage, die von verschiedenen Autoren verschieden beantwortet ist — nimmt Burguburn mit einer bakteriologischen Untersuchung des Vaginalsecrets von 12 gesunden, vorher innerlich nie untersuchten und nie desinficirten Schwangeren Stellung. Das Secret wurde mittelst Pipette aspirirt und in Agar- und Gelatineplatten ausgegossen. Ausser einer Anzahl Mikroorganismen (Sarcine, Hefe, verschiedene Coccen und Bakterien), die der Autor auf Grund des Thierexperiments oder cultureller Diagnostik für harmlos hielt, fanden sich in 2 Fällen

Staphylococcus pyogenes albus, in 1 Fall Staphylococcus cereus albus, in 1 Fall ein Streptococcus. Um diese als pathogen zu erweisen, wurde das Thierexperiment herbeigezogen, doch befriedigte die gewöhnliche Einverleibung (intravenöse, intraperitoneale Injection) nicht, da die Thiere, wie dies auch von anderer Seite gefunden war, sich gegen diese wahrscheinlich abgeschwächten Mikroben refractär verhielten. Die Injection in vordere Augenkammer, resp. Glaskörper ergab dagegen zum Theil positive Resultate. Beide Staphylococci albi verursachten Hypopyon, doch nur der eine von ihnen Glaskörpervereiterung. Der Staphylococcus cereus albus ergab circumscripte Entzündungsherde plastisch-fibröser Natur. Dagegen verliefen die Augenimpfungen mit dem Streptococcus pyogenes resultatlos. Auch die Einimpfung am Kaninchenohr misslang. Die von Gottstein angegebene Injection von Hydracetin, das die rothen Blutkörperchen zerstört und so zu einer späteren Impfung empfänglicher machen soll, erwies sich als unzulänglich, da spontan Abscesse (Stallabscesse) auftraten. Auf Grund dieser Thierexperimente und der Eigenschaften der Reinculturen hält B. die gefundenen Staphylococcen mit den bekannten Eitererregern für identisch und will den geringen experimentellen Ausfall durch die abgeschwächte Virulenz erklärt wissen. Auch den Streptococcenbefund hält er nicht für bedeutungslos. Der Klinik müsse es überlassen bleiben, den Bedingungen nachzuspüren, unter welchen diese Organismen voll virulent würden und Puerperalfieber erzeugten. A. Philippson.

(27) Da ein Theil der Witte'schen Befunde, nämlich diejenigen, welche sich auf den Pyosalpinxeiter beziehen, schon andern Orts veröffentlicht und in diesem Archiv referirt ist, so erübrigt hier nur, einiges von den bakteriologischen Resultaten wiederzugeben, die W. aus der Untersuchung des Scheidensecrets erhalten hat. Bemerkenswerth ist die Entdeckung von 5 Arten von Kurzstäbchen, die sich dadurch auszeichnen, dass sie in kleiner Menge subcutan oder intraperitoneal injicirt, in relativ kurzer Zeit den Tod der Impfthiere herbeiführen. Am meisten Interesse nahmen die in der Vagina gefundenen Eitererreger in Anspruch, mit denen sich auch verschiedene andere Autoren beschäftigt hatten. Bekanntlich haben die aus dem Scheidensecret gewonnenen Staphylococcen und Streptococcen erheblich von ihrer Virulenz eingebüsst, so dass Winter an Thieren überhaupt keine Eiterung erzielen konnte. Demgegenüber konnte Witte die aus der Vagina oder dem übrigen Genitalcanal rein gezüchteten Staphylococcen und Streptococcen in einem Drittel der Fälle als virulent nachweisen. Um eine Erklärung für die Abschwächung der Mikrobien zu finden, wurden virulente Staphylococcen und Streptococcen auf saure (Milchsäure) Nährböden verimpft, da das Vaginalsecret selbst sauer reagirt (Säuregrad von 0,95% Milchsäure). Staphylococcen konnten einen Säuregehalt von 0,5%, dagegen Streptococcen nur von 0,03—0,07% vertragen. Solche Culturen hatten aber die Fähigkeit eingebüsst auf neutralem bezw. schwach alkalischem Nährboden weiterzuwachsen und Thiere zu inficiren. Bei den Streptococcen musste man schon auf einen

Säuregehalt von 0,01% zurückgehen, um bei Thieren Abscesse zu erzielen, dagegen zeigte sich an den Thieren nicht ein Mal etwas Krankhaftes bei intravenöser Injection von Staphylococcen, die einer Cultur von 0,1—0,3% Säuregehalt entstammten. A. Philippson.

(28) Von den 4 zur Beobachtung gelangten und durch Laparotomie gewonnenen Pyosalpinxpräparaten Witte's enthielt das erste Rauschbrandbacillen, das zweite und dritte Kapselbacillen, welche die Gram'sche Färbung annahmen und sich als Diplococc. lanceolat. Fränkel erwiesen. Im 3. Falle fanden sich ausserdem noch andere Bacillen. Im 4. Falle waren neben Gonococcen noch Staphylococcen gefunden worden, was von Interesse ist, da Wertheim die Bedeutung der Mischinfection geleugnet hat. Witte erwähnt in dieser Beziehung noch eines ähnlichen Falles, in welchem neben Gonococcen auch der Streptococcus pyogenes longus angetroffen wurde. A. Philippson.

(29) Heitzmann macht auf die relative Häufigkeit der Cystitis bei Frauen, welche mehrere Geburten überstanden haben, aufmerksam. Die Schlaffheit der Scheide und des Beckenbodens in solchen Fällen begünstigt das Zustandekommen von Cystocelen, die im weiteren Verlauf Divertikel bilden, in denen Harn stagnirt, sich zersetzt (? ohne Bakterieneinwanderung? Ref.) und entzündungserregend wirkt.

Seltener ist die Blasenentzündung durch Infection der Harnröhre mit Gonococcen bedingt. Dieselbe kommt auch infolge des acuteren Entstehens und der dadurch hervorgerufenen stürmischeren Symptome, ebenso wie die auf traumatischem Wege erfolgte, oder durch fortgepflanzte Entzündung von den Nachbarorganen aus bedingte Cystitis, eher zur Behandlung und meist relativ schnell zur Heilung.

Die chronisch, schleichend entstehende Blasenentzündung aber dauert infolge der anfänglich geringen Beschwerden, welche die Patientinen nicht gleich zum Arzte führen, oft monatelang und ruft schliesslich bedeutende Alterationen der ganzen Wand und insbesondere der Schleimhaut des Organes hervor. Von dieser letzteren stösst sich, begünstigt durch die chronische Hyperämie und Entzündung, Epithel in grossen Massen ab und das neue unter ungünstigen Umständen sich bildende (Harnzersetzung etc.) ist äusserst zart und wenig widerstandsfähig gegen Solutiones continui.

Auf diese Weise kommt es zu Fissuren, welche äusserst quälende Symptome hervorrufen und den Kräftezustand der Patientinen sehr schädigen können. Vor allen Dingen klagen die Frauen über Störungen bei der Harnentleerung, deren Frequenz meist sehr gesteigert und die häufig ungemein schmerzhaft ist. Nicht elten wird Blasenkrampf am Ende der Miction beobachtet und auch in den Intervallen können — das ganze Organ in Mitleidenschaft ziehende — Schmerzanfälle vorkommen. Der Urin enthält nicht selten Blut. Es erinnert dieser Symptomencomplex sehr an den „irritable bladder“ genannten Zustand und es ist für Heitzmann nicht zweifelhaft, dass manche dieser Fälle eine Cystitis mit bestehenden Fissuren darstellen.

Eine sichere Diagnose kann nur das Endoskop liefern.

In Bezug auf die Aetiologie der Fissurenbildung kommt als besonders prädisponirend die Gonorrhoe in Betracht und zwar sowohl bei chronischen wie bei acuten Fällen, ferner Cohabitationsversuche und Pessare.

Die Heilung ist bei acuter Entstehung meist leicht und oft eine spontane. Beim chronischen Bestand aber, insbesondere wenn ammoniakalischer Harn sich in der Blase befindet, ist dieselbe sehr schwierig und langwierig, ja es können sich eventuell bösartige Tumoren an Stelle der lang vernachlässigten Fissuren entwickeln.

Bei jeder Behandlung ist peinlichste Antiseptik Grundbedingung. Prophylaktisch soll jede Cystitis sorgsam überwacht und geheilt werden. Sind einmal Fissuren vorhanden, so müssen dieselben neben der allgemeinen gegen die Entzündung der Blase gerichteten Therapie (Spülungen) besonders durch Auftupfen (täglich od. seltener) mit Adstringentien local beeinflusst werden.

Recidive sind nicht selten und es empfiehlt sich, die Behandlung nicht zu frühe abzubrechen. Gelingt es nicht, die Grundursache zu heben, so erscheint allerdings die Prognose quoad Recidiv eine ungünstige.

Barlow.

(30) In 4 Capiteln bespricht Guyon an der Hand von Krankengeschichten seine Erfolge mit Sublimat bei Cystitis. Die Beobachtung erstreckt sich im Ganzen auf 26 Fälle, von denen 10 mit Spülungen und 16 mit Instillationen behandelt wurden. Die Spülungen geben im Ganzen bedeutend schlechtere Resultate als die Instillationen und G. sucht die Ursache für dieses Verhalten in den Fehlern der Spülungsmethode. Wie die beigegebene Curve eines Falles zeigt, steht die vermehrte oder verminderte Miction durchaus im Zusammenhang mit der kleineren oder grösseren Capacität der Blase. Das Volum ist aber wieder von dem Sensibilitätszustand, resp. der Entzündung abhängig und es leuchtet daher leicht ein, warum so häufig nach Spülungen bei acuter Cystitis und kleinem Blasenlumen mit gewaltsamer Dehnung der Blasenwand statt Besserungen Verschlimmerungen eintreten.

Bemerkenswerth ist ferner, dass die behandelten tuberculösen Cystitiden (10 an Zahl) die Sublimatinstillationen vortrefflich vertrugen, im Gegensatz zu dem Verhalten gegen alle anderen Mittel, insbesondere gegen das sonst so treffliche Argentum nitricum. 5 dieser Fälle wurden sehr gebessert.

Die übrigen Cystitiden waren verschiedenen Ursprungs, die Resultate z. Th. bedeutende Besserung, z. Th. Heilung. Nur 4 Fälle, mit Spülungen behandelt, heilten nicht.

Was die Technik der Instillationen anlangt, so warnt Guyon entschieden vor starken Concentrationen des Sublimats. Die Stärke der Lösung soll bei Beginn der Behandlung nicht 1:5000 übertreffen und durchschnittlich auch in späteren Stadien 1 : 1000 nicht überschreiten. Alle Lösungen müssen ohne Alkohol hergestellt werden. Die Ein-

spritzungen werden unmittelbar hinter dem Schliessmuskel gemacht, beginnend mit 20—30 Tropfen allmälig zu 4 Gr. mit gleichzeitiger Verstärkung der Lösung steigend. Die Blase muss vor der Instillation selbstverständlich leer sein. Spülungen sollten nur bei einer gewissen Toleranz der Blase Verwendung finden. Will man statt Sublimat Argentum nitricum (cave bei Tuberculose!) anwenden, so wird mit 10—15 Tropfen einer 2% Lösung begonnen und ziemlich schnell bis 5% gestiegen.

Ein Capitel der Publication ist Desinfectionsversuchen von Hallé gewidmet. Dieser Forscher fand, um das Wichtigste hervorzuheben, sehr bedeutende entwicklungshemmende Eigenschaften bei Sublimat und Argentum. Sehr schwer war es dagegen, eine Desinfection von eiterigem, Keime bergenden Urin zu erzielen, zwei Thatsachen, die nicht grade auffallend sind. Interessant aber und von praktischem Werthe ist die Mittheilung, dass Chlorsilber in Urin oder Bouillon entwicklungshemmend auf Cystitisbakterien eingewirkt haben soll, eine Thatsache, die sehr geeignet scheint, den Instillationen das Wort zu reden. Barlow.

(31) Okev-Blom hat sich eine Jodoformöllösung in folgender Weise hergestellt. 1 Gr. Jodoform wird in 7 Gr. Aether gelöst und diese Mischung mit 7 Gr. Olivenölvermengt. Applicirt wird dieselbe bei Cystitis mittelst des Instillateurs in der Dosis von 1—6 Gr. täglich.

Diese Therapie kann bei nicht heilenden Cystitiskranken ohne Besorgniss angewendet werden und hat nach O.-B. unter 12 Blasenentzündungen verschiedener Art in 11 Fällen gute Dienste gethan. Barlow.

(32) Filippow injicirte nach vorheriger Ausspülung der Blase mit 1/4% Milchsäurelösung 20—40 Gr. einer 10% Jodoformemulsion (nach Mosetig-Morhof) und liess die Flüssigkeit nach einer Viertelstunde wieder abfliessen. In 3 Fällen sah er von dieser Behandlung einen sehr günstigen Erfolg.

(33) Boegehold hat bei 72 Fällen von acuter gonorrhoischer Cystitis 60mal schnelles Aufhören des Tenesmus und Klarwerden des vorher trüben Urines durch Copaiva-Balsam 0,6 4—6 Kapseln pro die erzielt. Bei 12 acuten Blasencatarrhen (nicht auf Gonorrhoe beruhend), 8mal günstiger Erfolg durch oben genannte Mittel. Unter 10 Fällen chronischer Cystitis 5 Mal. Nach den Guyon'schen Höllensteininstillationen hatte Autor in 3 acuten Fällen Verschlimmerung beobachtet. Barlow.

(34) Henry berichtet über 2 Fälle von Cystitis, welche er mit Methylenblau (3mal täglich 1 Gran) behandelt hat. Der eine der Patienten, der seit 2 Jahren krank war (Ataxie, Prostatitis, Lues) wurde in 3 Wochen sehr wesentlich gebessert, der andere mit einfacher Cystitis geheilt. Jadassohn.

(35) Bryson erzählt, dass einem Cystitiker in Folge einer Verwechslung eine zweimalige Blasenausspülung mit einer Lösung von 30,0 2% Salicylglycerin in 125,0 Wasser von einem Studenten gemacht wurden; der Erfolg war ein so überraschender, dass Vortragender diese Cur in anderen Fällen oft wiederholte. Er empfiehlt es aber nur in solchen Fällen

von chron. Cystitis, in denen, wo die Blasenschleimhaut mit einer dicken Schicht von Eiter und abgestorbenen Nierenepithelien bedeckt sei, auf welche das Salicyl gut lösend wirke, während er diese Methode bei anderen Formen von Cystitis für contraindicirt hält. Paul Neisser.

(36) Sympson empfiehlt das Salol für die Behandlung der chronischen Cystitiden sehr energisch. Es soll den Urin fast immer in wenigen Tagen klar und sauer machen und von seinem unangenehmen Geruch befreien. S. gibt es in einer Mixtur (Salol 8,0 Pulv. acac. Gummi qu. s. Aq. Cinnamoni 360,0 4stl. 1 Esslöffel). Jadassohn.

(37) Cazeneuve hat, nachdem er die antibakterielle und antifermentative Wirkung 5%iger Antipyrinlösung experimentell festgestellt, hat, diese Lösung auch zur localen Behandlung eitriger Cystitiden (2 Fälle) und gonorrhoischer Blasenhalscatarrhe verwendet und sehr gute und schnelle Erfolge erzielt. Jadassohn.

(38) Desnos fand, dass Retinollösungen nur sehr schwache antiseptische Eigenschaften haben, aber dass die Gegenwart des Retinols die Löslichkeit anderer Salze günstig beeinflussen kann. Er empfiehlt Instillationen von Salol zu 5 bis 10% in Retinol gelöst zu 20—30 Gr. nach vorhergehender Spülung der Blase mit warmer Borsäure. Betont wird, dass das Mittel reizlos sei. Barlow.

(39) Stenbeck beschreibt aufs genaueste die Vortheile, welche die Anwendung der von ihm zum ersten Male medicinischen Zwecken dienstbar gemachte Centrifuge für die Untersuchung von Flüssigkeiten, die arm an Formelementen sind, mit sich führt. Gelegentlich einer Besprechung der Befunde im Cystitis-Urin wendet sich Stenbeck entschieden gegen Rovsing's Auffassung von dem Entstehen der Cystitis und insbesondere gegen die Ansicht des letztgenannten Autors, als sei jede mit saurem Urin einhergehende Blasenentzündung tuberculös. (Ref. möchte hier betonen, dass er auf Grund eigener Untersuchungen Stenbeck's Meinung vollkommen theilt.) Stenbeck gelang die Isolirung eines Bacillus aus saurem Cystitis-Urin, den er Bacillus ureae acidus nennt und dessen genauere Beschreibung noch folgen soll. (Sollte es sich vielleicht um Bacterium coli commune handeln? Ref.) Neisser'sche Gonococcen fand Stenbeck nie im Urin. Ausser diesen bakteriologischen Untersuchungen enthält der Artikel noch manch' Wissenswerthes über den Nachweis von Krystallen, Cylindern etc. im Harne und über die Untersuchung anderweitiger pathologischer Secrete und Excrete. Barlow.

(40) Guttmann empfiehlt für klinische Harn-Sedimentirungszwecke eine von Blähnsdorf in Frankfurt a/M. construirte elektrische Centrifuge, welche 1500 Umdrehungen in der Minute erzielt. Der Preis derselben beträgt 60 Mark. Galewsky.

(41) Boisseau de Rocher bespricht in einem ausführlichen Artikel die Vor- und Nachtheile verschiedener gebräuchlicher Endoskope. Die näheren Details der sehr lesenswerthen Arbeit wiederzugeben würde

die Grenzen eines Referates bedeutend überschreiten und es muss daher auf das Original verwiesen werden. Barlow.

(42) Otis zeigt zunächst ein Urethroskop, das in einem kleinen Concavspiegel besteht, welches ein fester Draht von ungefähr 5 Cm. Länge mit dem Urethroskoprohre verbindet. In der Mitte des Drahtes ist eine kleine Edison'sche elektrische Lampe angebracht, während ein halbkreisförmiger Schirm unmittelbar hinter dem Spiegel sich befindet, um die äusseren Lichtstrahlen abzuhalten. Wie bei dem Leiter'schen Instrument, von welchem das beschriebene nur eine Modification darstellt, fallen die Strahlen von der Lampe auf den Spiegel und werden in den Tubus reflectirt, während das beleuchtete Feld über den Scheitel des Spiegels hinweg leicht beobachtet werden kann. Als Urethroskoprohr dient am besten das von Klotz (New-York), welches ohne Trichter an seinem äusseren Ende, sich nahezu $2\frac{1}{2}$ Cm. weiter als der früher gebräuchliche Desormeawe'sche Tubus in die Urethra vorschieben lässt. Das in der Ueberschrift als „vervollkommnetes" Urethroskop bezeichnete Instrument besteht aus einem Metallrohr oder Cylinder von $3\frac{1}{4}$ Cm. Länge und $1\frac{1}{3}$ Cm. im Durchmesser mit verschlossenem äusseren Ende. Vom offenen Ende des Cylinders 0,6 Cm. entfernt ist eine planconvexe Linse so angebracht, dass sie leicht entfernt und gereinigt werden kann, während in der Nähe des verschlossenen Cylinderendes in der Länge von 0,6 und im Durchmesser von 1,3 Cm. sich ein Bug befindet, durch welchen die Lichtquelle, eine kleine elektrische Glühlampe, eingeführt werden kann und der ausserdem mit den bez. Ventilationsöffnungen versehen ist. Die Handhabe des Instrumentes besteht aus einem Stück Hartgummi von $2\frac{1}{2}$ Cm. Länge und $1\frac{1}{3}$ Cm. Weite, durch welche die elektrischen Verbindungsdrähte zur elektrischen Lampe gehen. Diese Handhabe ist mit dem Buge mittelst eines sog. Bayonetgelenks verbunden, wodurch die Lampe unmittelbar an die Planseite der Linse gebracht wird. Mittels einer Schraubenvorrichtung kann die Lampe nach Belieben auf und ab gedreht werden. Dieses Instrument wird nun am besten mit dem oben angegebenen Klotz'schen Tubus mittels des oben gleichfalls angeführten Drahts in Verbindung gebracht. Wenn die Lampe bei richtiger Lage des Instrumentes leuchtet, wird ein so starker Lichtstrahl in das Urethroskoprohr geworfen, dass die Harnröhrenschleimhaut besser als mit irgend einem anderen Instrument beobachtet werden kann. O. fasst die Vorzüge seines Instruments dahin zusammen: 1. Schliesst es die störenden Aussenstrahlen aus. 2. Gewährt es einen viel leichteren Zugang zur Harnröhre sowohl für das Auge als für Instrumente. 3. Ist die Beleuchtung intensiver. 4. Die Lichtquelle und somit das Auge kommt gegen 4 Cm. dem Urethroskoprohre näher. 5. Das Instrument ist sehr compact und wiegt (trotzdem in Messing) kaum 30 Gr. 6. Es ist sehr einfach und deshalb wenig kostspielig. Loeser.

(43) In dem Aufsatze Sümegh's sind vorzugsweise die dem Specialisten geläufigen Anweisungen für den Catheterismus in einer leicht verständlichen und praktischen Form wiedergegeben. Auf die Desinfection

der Instrumente (metallische durch Siedehitze, Nelaton's und Mercier's durch Carbol- oder Sublimatlösung) und der Urethra (leider wird nicht angegeben, durch welche Lösung) wird gebührendes Gewicht gelegt, die Brauchbarkeit der Catheter mit Mercier'scher Krümmung mit Recht betont, von den metallischen Instrumenten werden die mit Dittel'scher und Ultzmann'scher Krümmung am meisten empfohlen; als Kunstgriff bei „spastischen Stricturen" wird vorherige Injection von 6—8 Gr. Oel angegeben, vor der vorzeitigen Anwendung metallischer Instrumente gewarnt, die Controle vom Rectum aus, besonders bei Prostataschwellungen betont — zum Schluss aber gebührend hervorgehoben, dass gerade auf diesem Gebiete die persönliche Uebung der Aerzte unersetzlich ist.

Jadassohn.

(44) Wendschuh hat Catheteretuis aus Leder, Hartgummi oder Celluloid in Form von Cigarrentaschen für die biegsamen englischen Catheter, in Form von Blechdosen für die elastischen seidenen oder die Nelaton'schen Catheter verfertigt. In jedem Etuis können 1—3 Stück untergebracht werden; zum Einölen ist innen ein Oelflacon oder eine Vaselinbüchse angebracht. Dieselben sind zunächst für den Selbstgebrauch der Patienten bestimmt. Lex.

(45) Nazaris und Taquet haben eine Methode zur Sterilisirung von Cathetern mit Hilfe von Quecksilberdämpfen erfunden. Die Anwendung scheint etwas complicirt und langwierig und leider ist von den Autoren eine genaue Angabe der Art und Weise, wie sie ihre Gefässe etc. desinficirten, nicht gemacht worden. Barlow.

(46) Lanelongue glaubt die Schwierigkeiten, welche die sichere und zugleich für die Instrumente unschädliche Desinfection der weichen Catheter und Bougies darbietet, dadurch überwunden zu haben, dass er sie in verschlossenen Tuben aufbewahrt, auf deren Grunde „Rondelles de flanelle mercurielle" sich befinden. Er hat sich davon überzeugt, dass die Quecksilberdämpfe das ganze Gefäss erfüllen und dass die Instrumente in dieser Atmosphäre unendlich lange aseptisch bleiben. Zum Einfetten benutzt er sterilisirtes Oel, in dessen Behälter etwas metallisches Quecksilber gegossen wird. Seitdem Lanelongue sich dieser Methode bedient, hat er nie mehr irgendwelche unangenehme Folgen des Catheterismus etc. erlebt. Jadassohn.

(47) Nach Jacobi gibt es zahlreiche Ursachen der Blasen- und Urethralreizbarkeit bei Frauen. Die Gynaekologen beziehen sie gewöhnlich auf Entzündung und Lageveränderungen der Gebärmutter. Howard hat auf das Symptom des Harndranges und des häufigen Harnens bei Affectionen der Harnleiter aufmerksam gemacht. Manchmal ist es das hervorragendste Symptom eines Nierensteins. Andererseits hat Goodell (Philadelphia) mit Recht behauptet, dass eine nervöse Blase eines der ersten Zeichen eines nervösen Hirns sei. Denn wie die Nervosität eine mangelhafte Beherrschung der höheren gegenüber den niederen Nervencentren bedeute, so weise auch die Blasenreizbarkeit auf einen

Mangel der Hirncontrole hin. Zur Illustration dieses Satzes führt J. mehrere Fälle an.

1. Eine 25jährige unverheiratete Dame mit nervösem Temperament, die in Folge Aufregung in ihrem Berufe als Schreiblehrerin ängstlich und traurig wurde, verspürte Tag und Nacht Harndrang und bei Beginn und zu Ende des Harnens einen unerträglichen Schmerz, der allem Anscheine nach seinen Sitz im Blasenhalse hatte. Der Urin selbst, die Harn-Organe sowie die Genitalien zeigten nichts Abnormes. Auch von Hysterie zeigte sich keine einzige Aeusserung, wenn man nicht die Blasenreizbarkeit als solche ansehen will. Durch locale Faradisation — eine Elektrode auf die Lendenwirbelsäule, die andere auf die Blasengegend jedesmal 20 Minuten lang — erfolgte Heilung. J. glaubt, dass in der That periphere hysterische Neurosen, mag es sich um Lähmungs- oder Krampfzustände oder um Paraesthesien handeln, durch die genannte Art der Elektricität beinahe specifisch beeinflusst werden.

2. Eine 50jährige hysterische Frau mit deutlicher Analgesie der unteren Extremitäten, so dass eine Nadel von der Spitze bis zum Kopfe ohne Schmerzensäusserung eingestochen werden konnte, litt an zeitweisen Anfällen von Blasenreizbarkeit; durch Injection von 0,12 Cocain auf 30,0 Wasser in die Blase wurden die Anfälle prompt beseitigt.

3. Eine westindische Creolin im Alter zwischen 50—60 Jahren mit normalen Geschlechtsorganen und Urin klagte über fortwährenden Druck im Blasenhalse und häufigen Urindrang. 15 Jahre zuvor war ihre Urethra deshalb von Marion Simps mittels forcirter Dehnung, jedoch ohne Erfolg behandelt worden. Nach verschiedenen fruchtlosen Behandlungen wandte J. den faradischen Strom an, indem die eine Elektrode direct in die Blase geführt wurde, worauf die Kranke Besserung fühlte. Heilung erfolgte jedoch erst, nachdem eine am Orific. int. urethrae endoskopisch vorgefundene Schleimhautschwellung mittelst einer 1%igen Arg. nitr.-Lösung, die mittels eines besonderen Instruments ausschliesslich auf die betroffene Stelle applicirt wurde, einige Zeit behandelt war.

4. Eine mit Dysmenorhoe und allgemeiner Nervosität behaftete Frau klagt über anhaltendes Brennen in der Harnröhre. Der Schmerz wurde besonders beim Gehen schlimmer und strahlte in die Lenden und Schenkel aus, so dass Patientin meist liegen musste. In Anbetracht des neurasthenischen Zustandes wurde sie mit Ueberernährung von Fleisch behandelt. Das Leiden wurde darnach schlimmer. Von dem Gedanken ausgehend, dass in Folge mangelhafter Fleischverdauung sich vielleicht toxische Substanzen bildeten und so die Neurasthenie herbeiführten, wurde die Kranke auf Milchdiät gesetzt (3 Lit. tägl.) und fühlte sich seitdem viel wohler. Doch war die Beobachtung des Falles z. Z. noch nicht abgeschlossen. Loeser.

(48) Dentu bespricht auf Grund einer Krankengeschichte die verschiedenen Arten reflectorischen Spasmus der Urethra. Der betreffende Patient litt an Hämorrhoidalknoten mittlerer Grösse und hatte

schon jahrelang mit Harnbeschwerden zu thun, die in theilweiser Retention und sehr schwacher expulsatorischer Kraft der Blase bestanden. Besonders auffallend waren diese Symptome zu Zeiten der „Hämorrhoidalkrisen“. Die Untersuchung ergab Abwesenheit jeglicher organischer Veränderungen in der Urethra, so dass die Erscheinungen nur auf reflectorischen Spasmus zurückzuführen waren. Solche Spasmen können auftreten im Verlaufe von Gonorrhoen, Blasensteinkrankheiten und Prostata- und Uterinerkrankungen. Auch bei Trauma (Sturz aufs Perineum) selbst entfernterer Regionen (Schenkel-Armbrüche) kommen dieselben vor und sind zumal bei Verletzungen der unteren Extremitäten nicht selten. Ein Beweis, dass die in derartigen Fällen entstehende Harnverhaltung etc. auf Spasmus und nicht auf Paralyse der Blase beruhen, findet sich in dem Widerstand, welchen der Canal der Bougirung entgegensetzt. Das Fehlen von Schmerzen allein spricht nicht gegen Spasmen und die schwache Expulsionskraft der Blase lässt sich durch eine Schwächung der Musculatur bei lange bestehender Distension erklären. Zur Behandlung empfiehlt sich am besten die Divulsion. Barlow.

(49) Heidenreich's Kranker, ein Mann von 40 Jahren, kam wegen eines harten Fremdkörpers in der Urethra in Behandlung. Der Pat. gab an, vor 2 Jahren plötzlich durch Schmerzen aus dem Schlafe geweckt worden zu sein und einen harten Körper in der Harnröhre bemerkt zu haben. Der Urinstrahl war seither nur mehr fadenförmig.

H. machte eine Boutonniere und zog einen Knochen von 1 Ctm. Länge und 20 Centigr. Gewicht aus dem Urethralcanal. In der Gegend des linken Schambeindornes befanden sich Narben von 2 Fisteln und der Knochenvorsprung fehlt. Vor 10 Jahren sollen Schmerzen in der Hüfte links bestanden haben. H. schliesst auf einen tuberculösen Process, der das Knochenstück seinerzeit löste und beim Durchbrechen in die Blase das Fragment mitschwemmte. Barlow.

(50) Brown stellt einen 48jährig. Mann vor, der im 17. Lebensjahre zum ersten Mal Beschwerden in der Harnröhre verspürte. 3 Jahre vorher hatte er eine Gonorrhoe. Die urethroskopische Untersuchung ergab ein rauhes Aussehen der ganzen Schleimhaut und eine ungewöhnliche papilläre Hervorragung. Vor dem Uriniren fand sich besonders im Bulbus ur. eine schleimigeitrige Absonderung. 7 Monate wurde Pat. vergebens behandelt. Die Untersuchung auf Tuberkelbacillen war negativ. Der Urin enthielt Albumen und Blut. Endlich wurden in einer aus der Harnröhre kommenden dickeren ungefärbten Masse gegen 10 Nematodenwürmer gefunden. Der Mann hatte nie in den Tropen gelebt und auch sonst war über den Ursprung der Erkrankung nichts zu ermitteln. Loeser.

(51) Fiorani operirte durch laterale Incision einen Cretin von 34 Jahren, welcher sich 3 kleine Holzstückchen in die Urethra eingeschoben hatte. Dieselben waren von Salzen inkrustirt und die Steinbildung hatte bei allen 3 die Grösse einer Pflaume erreicht.

Einer der Steine befand sich in der Blase, einer am Blasenhalse, der dritte in der Urethra.

Bei einem zweiten Pat. extrahirte F. durch Urethrotomie einen Stein der Harnröhre von 4 Cm. Länge und 3 Cm. Dicke.

Eine 3. Operation betraf einen 50jährigen Mann, bei dem früher eine Lithotripsie vorgenommen worden war. Ein Stück des Steines hatte sich in der Harnröhre eingekeilt und war allmälig im Laufe vieler Jahre zu einem Phosphatconcrement von 16 Gr. Gewicht geworden. Urethrotomia externa. Heilung ohne Zwischenfall. Barlow.

(52) Marshall fand bei einem 2jährigen Kinde, das mit völliger Urinverhaltung ins Nottinghamer Kinderhospital gebracht wurde, in der Nähe des Orificium urethrae einen Stein im Gewicht von 18 Cg. Nach der Entfernung desselben kamen spontan nur wenige Tropfen Urin, auch aus dem eingeführten Catheter floss nur ein schwacher Strahl. Durch Druck oberhalb der Symphyse dagegen wurden schnell 188 Ccm. Urin entleert. Mit Rücksicht auf eine auszuführende Lithotrypsie sei es nicht ohne Nutzen zu wissen, dass ein so junges Kind so viel Flüssigkeit ohne Nachtheil hat zurückhalten können. Loeser.

(53) Martin sah typische Balanitis an einem 3jährigen Kinde auftreten. Die Ursache für dieselbe sucht er darin, dass ein Verwandter, der an chronischer Cystitis litt, die Ansteckungsquelle dargestellt habe. Er knüpft an seine Beobachtung die Warnung, zur Pflege von Kindern Personen mit chronischen infectiösen Ausflüssen zuzulassen. Barlow.

(54) Perrin hat mehrere Fälle von Leucoplasien mit Degeneration des Epithels beobachtet, zwei an der Zunge, eine an der Unterlippe und eine an der Vulva. Bei der Möglichkeit der Umwandlung dieser Leucoplasien in Epitheliome räth er, dieselben jederzeit energisch mit dem Thermo- oder Galvanocauter zu entfernen. Paul Neisser.

(55) Willet demonstrirt eine fibröse Geschwulst, die sich unter der Haut des Penis eines älteren Individuums befunden hatte. Ausgangspunkt die bindegewebige Tunica des Penis. Bestand $2\frac{1}{2}$ Jahre. Zusammensetzung vorwiegend glatte Muskelfasern. Barlow.

(56) Willett demonstrirt 2 congenitale Cysten, aus dem Scrotum eines Knaben stammend. Der Hoden, obwohl anliegend, war von den Tumoren getrennt. Targett glaubt, dass es sich um degenerirte Nävi handle, eine Ansicht, der Bowlby widerspricht, unterstützt von Willett. Barlow.

(57) Shattock zeigt ein glattes Myom des Corpus cavernosum penis, welches eine Steinbildung aus Magnesium- und Calciumphosphat im Inneren barg. Barlow.

(58) Arbuthnot Lane rapportirt über einen Fall eines ausgedehnten, schnell zerfallenden Papilloms am Penis. Dasselbe war bei einem 39jährigen Mann 3 Wochen nach einem Coitus aufgetreten und hatte sich trotz Behandlung in 4 Monaten bis an die Peniswurzel verbreitet. Auch in der Harnröhre fanden sich Wucherungen, die wie die

übrigen Neubildungen leicht spontan und auf Manipulationen hin bluteten. Da es sich zeigte, dass die Corpora cavernosa selbst ergriffen waren, sowie dass die Urethra theilweise durch das Gewächs zerstört war, so musste die Amputation des Penis vorgenommen werden. Das Mikroskop ergab einen Tumor von papillomatösem aber nicht epithelialem Charakter. Genesung erfolgte prompt. Barlow.

(59) Nach einer kurzen Besprechung der Pathologie der Phimosis gibt Germa eine ausführlichere Beschreibung der verschiedenen Operationsmethoden. Er verwirft die Incision, Excision, Dilatation und räth dringend zur Circumcision. Er empfiehlt die von Horteloup angegebene Operation mit dem von diesem construirten Instrument (cf. Original). Lasch.

(60) Trekaki empfiehlt auf Grund einer Erfahrung von 30 Circumcisionen Verletzungen des Frenulum zu vermeiden, da Narben in dieser Gegend bei späteren Erectionen störend sein können. Cocain ist bei der Operation nicht sehr günstig, Chloroform überflüssig. Barlow.

(61) Doran theilt Erfahrungen über die chirurgische Behandlung von Vulvo-Vaginalcysten oder Cysten der Cowper'schen Drüsen mit. Er ist für complete Exstirpation, welche ihm an einem einschlägigen Falle, der einen sehr hohen Grad erreicht hatte, geglückt ist. Meist ist die Cowper'sche Drüse selbst der Ausgangspunkt. Hutschinson bemerkt, dass er abgesehen von derart veralteten Fällen wie der des Vortragenden, guten Erfolg von partieller Exstirpation der Cystenwand und Cauterisation des Inneren gesehen habe. Sheld empfiehlt Chromsäureapplication nach partieller Exstirpation. Doran selbst hat dagegen Misserfolge nach Partialexcision beobachtet. Barlow.

(62) Schuchardt versucht durch 7 von ihm beobachtete Fälle die Annahme zu beweisen, dass die Inoculation der Tuberculose auf dem Wege des geschlechtlichen Verkehrs und der hierdurch bedingte Tuberculose der inneren Geschlechtsorgane und die regionären Lymphdrüsen gar nicht so selten vorkommt und dass es sich dabei um Mischinfectionen einestheils mit Schankergift, anderntheils mit Gonococcen handelt.

Die beiden ersten Fälle beziehen sich auf Ulcera mollia, die von Bubonen gefolgt waren. In beiden Fällen erwiesen sich bei der Operation die Drüsenpackete tuberculös erweicht; in dem 2. Fallewar im Geschwürssecret der Nachweis von Tuberkelbacillen gelungen.

In den 5 andern Fällen — Gonorrhoe und Tuberculose — gelang der gleichzeitige Nachweis von Tuberkelbacillen und Gonococcen 2mal bei bereits anderweitiger tuberculöser Erkrankung. In 2 Fällen war ausser den im Secret der Urethra nachgewiesenen Tuberkelbacillen keine tuberculöse Erkrankung nachzuweisen, doch reagirten beide auf Injection von 0,01 Gr. Tuberculin ohne örtliche Reaction mit Fieber. Im 7. Falle handelt es sich um einen chronischen Harnröhrencatarrh mit Tuberkelbacillen, der aus einem acuten tuberculös-gonorrhoischen hervorgegangen war. Lasch.

(63) Malherbe operirte durch hohen Blasenschnitt einen Pat. von 18 Jahren, der an wiederholten Blasenblutungen und Schmerzen gelitten hatte. Bei der endoskopischen Untersuchung schien ein Tumor vorzuliegen, weswegen die Operation eingeleitet wurde; es zeigte sich aber bei Gelegenheit derselben, dass offenbar ein Blutgerinnsel den Tumor vorgetauscht hatte. Statt dessen fand sich eine ausgedehnte Tuberculose der Blasenschleimhaut, die thermocauterisirt wurde. Resultat: Bedeutende Besserung.

Im Anschluss an diese Mittheilung erörtert Malherbe die Indicationen für chirurgisches Eingreifen bei tuberculöser Cystitis, und kommt zu dem Schlusse, dass dasselbe bei sicherer Diagnose umschriebener, auf die Blase allein beschränkter Veränderungen sehr wohl günstig wirken könne, dass aber die Sicherstellung dieser Diagnose sehr schwierig sei. Barlow.

(64) Horteloup beschäftigte sich mit der Behandlung tuberculöser Prostatae nach Lanelongue's Methode. Nach Herstellung einer Perinealboutonniere wurde mit einer langen Hohlnadel in die einzelnen Prostatalappen gestochen und Eisenchlorid injicirt. Verweilcatheter 48 Stunden lang. Besserung in 2 Fällen. Barlow.

(65) Brown stellt einen Kranken mit Tuberculose der Uro-Genitalwege vor; die Präparate enthielten beinahe Reinculturen von Tuberkelbacillen. Der Kranke, ein Seemann, bemerkte zuerst eine leichte, bald vorübergehende Hämaturie. Ein Jahr später traten grössere Störungen beim Uriniren auf. Das Cystoskop stellte nichts positives fest. Später kamen kleinere Blutklumpen mit dem Urin. Die seitlichen Prostatalappen zeigten sich bei der Rectaluntersuchung vergrössert und 2 zartere Knötchen fanden sich nahe der Spitze der Samenbläschen. Die Lungen waren frei.

(66) Petit empfiehlt zur Behandlung der Blasentuberculose eine lauwarme Injection von 150 Gr. Wasser, versetzt mit 10 Tropfen Opiumtinktur zu machen. Dieser Mischung wird ein Theelöffel von:

Jodoform	20·0
Glycerin	10·0
Aq. dest.	6·0
Traganthschleim	0·5

zugesetzt. Nach 2 Minuten lässt man die eine Hälfte der in der Blase befindlichen Flüssigkeit ablaufen, die andere soll möglichst lange darin gehalten werden. Barlow.

(67) In einem klinischen Vortrag bespricht Duplay im Anschluss an 2 Fälle die Pathologie der tuberculösen Cystitis; er unterscheidet 3 Gruppen von Kranken: Solche mit isolirter Blasen-, solche mit Blasen- und Genital- und solche mit Blasen- und Lungentuberculose. Bezüglich der directen Infection der Frau — bei welcher die Blasentuberculose bekanntlich sehr selten ist — durch den Coitus spricht sich der Verf. sehr skeptisch aus. Er unterscheidet 2 Stadien der Krankheit, die oft unmerklich in einander übergehen: Das erste, das der „Crudité des tubercules", das 2. das der Erweichung, die eigentliche tuberculöse „Cy-

stitis", welche sich besonders durch heftige Schmerzen anzeigt. Von den Symptomen werden neben den Beschwerden die Haematurie (in der letzten Portion der „3 Gläser-Probe"), Schmerzen bei Druck auf den Grund der Blase (wo die Tuberkel zunächst meist sitzen und wo man sie ev. vom Rectum aus fühlen kann), endlich die Tuberkelbacillen besprochen, die aber auch fehlen können. Der Tod tritt auch bei Patienten mit Phthise meist durch Uebergreifen auf die Nieren (Cachexie urinaire) ein. Therapeutisch verwirft Duplay die locale Behandlung, — nur eine operative Eröffnung der Blase und Curettage kann bei geeigneten Fällen vor Allem mit Rücksicht auf die Wünsche des Patienten versucht werden — und begnügt sich mit diätetischen Massnahmen. Jadassohn.

(68) Aus den Bemerkungen Stintzings über Urogenitaltuberculose erwähnen wir hier nur, dass der Verf. nicht bloss die Verheiratung tuberculöser Individuen dringend widerräth, — wogegen wohl Niemand opponiren wird — sondern dass er auch verlangt, dass bei den polizeiärztlichen Untersuchungen der Prostituirten besonders auf Tuberculose geachtet und die tuberculösen Individuen unbedingt aus der Reihe der Prostituirten entfernt werden sollen, da nach seiner Ansicht die Zahl der durch die Prostitution veranlassten Fälle von „Cohabitationstuberculose" keine geringe sei. Jadassohn.

(69) Unter mehr als 1500 Fällen von Influenza hat Zampetti 3 Mal Orchitis beobachtet, die einmal in Abscessbildung ausging, die beiden anderen Malen sich sehr schnell zurückbildete. Barlow.

(70) Kelly's Kranker, ein Mann von 32 Jahren, bekam am 10. Tage einer Influenza Orchitis. Nähere Genitaluntersuchung nicht erwähnt. Barlow.

(71) Harris sah an einem 67jährigen Manne im Verlaufe einer Influenza Orchitis auftreten. Nähere Untersuchung, speciell auf Gonococcen, ist nicht erwähnt. Barlow.

(72) Briscoe beschreibt einen Fall von Orchitis bei einem 32jährigen Influenzakranken. Einen positiven sicheren Beweis, dass es sich nicht um eine Hodenentzündung als Folge einer irgendwie exacerbirten chronischen Urethritis gonorrhoica posterior gehandelt habe, gibt er nicht. Barlow.

(73) Oestreich demonstrirt eine Prostata, bei welcher die rechte Hälfte die Grösse einer Mannesfaust, die linke die einer Birne hatte. Das Präparat stammt von einem Manne, welcher sich 2 Jahre lang selbst catheterisirte. Ein Abscess, der im Anschluss an einen falschen Weg entstanden, hatte eine Perforationsperitonitis hervorgerufen, an welcher Patient starb. Galewsky.

(74) Bruce Clarke hat mit der galvanocaustischen Methode Bottini's 3 Fälle von Prostatikern, die noch normalen Urin, aber schon bedeutende Mengen von Residualharn hatten, geheilt und einen sehr gebessert. Die Anwendung eines Catheters war nicht mehr nöthig, da die Patienten nach der Operation auf natürlichem Wege die Blase entleerten.

Discussion: H. Fenwick hält den Apparat für zu schwerfällig und unpraktisch. Besonders tadelt er, dass eine Einwirkung auf den Mittellappen mit dem Instrumente unmöglich sei, während 90% von Harnbeschwerden bei Prostatavergrösserung durch die Hypertrophie des Mittellappens bedingt sind. Swinfood bemerkt, dass er keine eigene Erfahrung mit Bottini's Methode hat. Er gebraucht ein modificirtes Prostatatoma, doch sind seine Resultate nur sehr temporär. Buckston Browne warnt vor der fortwährenden Einführung neuer Methoden und besonders vor Ueberschätzung ihrer Wirkung. Es kommt vor, dass die atonische Blase eines Prostatikers wieder vollkommen functionstüchtig wird, auch ohne jede Operation. Barlow.

(75) Pousson hat bei einem Prostatiker, der an Cystitis mit sehr schmerzhaften Krisen litt, den hohen Blasenschnitt mit Drainage mit bestem Erfolge gegen die Entzündung gemacht. Die Cystalgie aber blieb bestehen und Pousson macht darauf aufmerksam, dass eine Operation bei schmerzhafter Cystitis durchaus nicht immer auf die Krisen günstig wirken müsse, während antiphlogistisch fast stets Erfolg zu verzeichnen sei. Barlow.

(76) Poncet macht den hohen Blasenschnitt bei Prostatikern, 1. wenn Catheterismus unmöglich oder 2. durch falsche Wege sehr erschwert ist, 3. wenn Zeichen von Urinintoxication oder 4. unstillbare Blutungen in der Blase vorliegen. Erprobt hat er die Methode an 35 Fällen und gute Resultate zu verzeichnen. Barlow.

(77) Coignet's Patient, ein Prostatiker von 71 Jahren, hatte sich mittelst elastischen Catheters einen falschen Weg durch die ganze Prostata hindurch gebohrt, der in der Peritonealhöhle endete.

Lehrreich ist der Fall insofern, als er zeigt, dass statt des elastischen Catheters bei derartigen Patienten lieber ein Nelaton zu benutzen ist, und dass man sich durch die Angaben von Prostatikern, die behaupten, den Catheter in der Blase verloren zu haben, nicht abhalten lassen soll, zuerst die Harnröhre zu untersuchen.

Poncet stimmt der letzteren Ausführung auf Grund eigener Erfahrung bei. Barlow.

(78) Keyes plaidirt in Fällen von Prostata-Hypertrophie, selbst in scheinbar verzweifelten für eine Prostatectomie nach Oeffnung der Blase vom Hypogastrium aus. Die Entfernung des Prostatagewebes selbst geschieht mittelst Ecraseur. Die Anwendung von Diuretin kann nützlich sein. Barlow.

(79) Mansell Moulin theilt ausführlich 2 Krankengeschichten von Prostatikern mit, bei denen er die Prostatectomie mit verschiedenem Erfolge vornahm. Bei dem ersten Pat. musste nur ein kleiner Theil des vergrösserten Mittellappens behufs Herstellung einer ungehinderten Passage entfernt werden. Cystitis bestand zur Zeit der Operation nicht. Hier erholte sich die Blase fast vollständig von ihrer Atonie und es trat relative Heilung in 2 Monaten ein. Anders im 2. Falle. Hier bestand starke

Cystitis und es mussten grosse Theile beider Seitenlappen der Prostata excidirt werden. Tod erfolgte 3 Monate nach der Operation an Pyelitis.

Barlow.

(80) Mansell Moulin gibt eine Anzahl hübscher Zeichnungen von Prostatavergrösserungen. Unter seinen Ausführungen sind hervorzuheben erstens, dass die Prostata ein rein genitales Organ ist und mit der Miction nichts zu thun hat; zweitens, dass der Beginn der Vergrösserung weder auf Bindegewebshyperplasie, noch auf Atheromatose beruhe, sondern dass ein Drüsentumor entsteht, welcher regressive Veränderungen eingehen kann; drittens, dass die mangelhafte Contractionsfähigkeit der Blase nicht primär von Alterationen der Blasenwand, die nur secundär sind (Cystitis), abhängt, sondern vom obliterirenden Prostatatumor, da die Blase nach zeitiger Operation ihre volle Expulsionskraft wiedergewinnen kann.

Nach einer genauen Besprechung der verschiedenen operativen Behandlungsmethoden discutirt M. eingehend die Vor- und Nachtheile jeder einzelnen und empfiehlt schliesslich, bei bestehenden Beschwerden und Complicationen frühzeitig zu operiren. In Fällen, bei denen die Blase durch Cystitis etc. ihre Function eingebüsst hat und die Nieren schon bedroht sind, muss man sich auf palliative Massregeln beschränken.

Barlow.

(81) Mansell Moullin ist der Ansicht, dass bei der heutigen, vorgeschrittenen Prostatachirurgie die Differentialdiagnose zwischen den einzelnen Formen und Arten der Vergrösserung noch nicht genügend beachtet werde. Die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden reichen zu diesem Zwecke nicht aus. Rectaluntersuchung kann nur Aufschluss über Hypertrophie der dem Rectum zunächst gelegenen Drüsentheile geben. Ueber das Verhalten der Prostata am Blasenhalse oder in den Seitenlappen erhält man keine Aufklärung.

Exploration mit der Sonde stellt die Länge der Pars prostatica urethrae fest und die Combination mit Rectaluntersuchung kann, besonders bei festen Tumoren, zu Resultaten führen; auch eine etwaige Dilatation der Harnröhre im Prostatatheil lässt sich constatiren, manchmal ist es sogar möglich, über die Form der in die Blase reichenden Drüsentheile sich zu orientiren. Die Cystoskopie ist nur von beschränktem Werthe.

Alle diese Methoden haben aber den Nachtheil, nur den mittleren Theil der Prostata in Betracht zu ziehen. Ueber die Seitenlappen, auch wenn dieselben so hypertrophirt sind, dass die Harnröhre in Schlitzform comprimirt wird, ertheilen sie keine Auskunft. Um nun zu constatiren, ob der Abfluss des Urins aus der Blase durch einen sich klappenförmig vorlegenden Drüsentheil oder durch Verengerung der Urethra bedingt ist, lässt M. M. Borsäure durch Druck mittelst eines am Ende offenen, bis an den Prostatatheil der Harnröhre geführten Catheters einfliessen. Bei klappenartigem Verschluss genügt der geringste Druck, um die

Flüssigkeit in die Blase treten zu lassen, im anderen Falle muss derselbe sehr verstärkt werden.

Ferner hat M. M. 2 Instrumente construiren lassen, deren Abbildungen dem Artikel beigegeben sind, und mit denen es möglich ist, die Pars prostatica urethrae in verschiedenen Durchmessern und an verschiedenen Stellen zu messen. Da häufig die Form des Canals einen Rückschluss auf die der ganzen Prostata gestattet, hält M. M. es für möglich, mit Anwendung sämmtlicher Methoden zu einer befriedigenden Diagnosenstellung zu gelangen.

Details müssen im Original eingesehen werden. Barlow.

(82) In einer Zuschrift an den Lancet macht Mac. Munn geltend, dass die von Mansell Moullin (Lancet, II. 1892, p. 1380) angegebene Methode der Messung des Prostatatheiles der Harnröhre mit dessen etwas plumpen Instrumenten nicht zu den von demselben erhofften Resultaten führen könne. Mac. Munn selbst glaubt mit dem von ihm erfundenen und im Lancet, 10. October 1891 beschriebenen Urethrometer bessere Erfolge zu erzielen und hält in Bezug auf Untersuchungstechnik die Mercier'schen Handgriffe für die besten. Barlow.

(83) Barbacci fand gelegentlich einer Section 39 Stunden nach dem Tode einen Prostataabscess, dessen Eiter Bact. coli commune enthielt. (Anmerkung des Ref.: Postmortale Invasion ist nicht ausgeschlossen.) Barlow.

(84) Albarran constatirt, dass die Incontinentia urinae beim Weibe fast stets durch allzugrosse Weite des Urethralcanales in Folge von übermässiger Dilatation der Harnröhre oder Vorfall der vorderen Vaginalwand bedingt sei. Er macht darauf aufmerksam, dass man auf den Zustand des Sphincter achten müsse, weil derselbe für die Prognose ausschlaggebend sei. Ist nur Schlussunfähigkeit des Muskels in Folge von zu grosser Weite des Canales vorhanden, aber reagirt derselbe noch auf elektrische Reize, so wird sich der Erfolg einer Operation günstiger gestalten, als wenn totale Lähmung der Muskelfasern eingetreten ist. Selbstverständlich wird aber auch in den aussichtsreicheren Fällen Rücksicht auf den Zustand der übrigen Beckenorgane von Seiten des Operateurs genommen werden müssen. Eine Operation ist nur dann gerechtfertigt, wenn die Incontinenz wirklich durch übermässige Weite des Urethralcanales und Blasenhalses bedingt ist.

Nachdem Albarran fernerhin die verschiedenen Operationsmethoden besprochen hat, welche auf eine einfache Verengerung der Harnröhre abzielen oder den Canal ausserdem noch krümmen, gibt er eine eigene Methode an, welche er an einem einschlägigen Falle anwandte. Die an der Hand von Zeichnungen sehr übersichtlich erläuterte Operation besteht darin, dass ein Schnitt von dem unteren Rande der Clitoris bis an die Urethra geführt wird. Letztere wird umschnitten und eine zweite Incision in wagrechter Richtung erfolgt am unteren Rande des Harnröhrenorificiums. In Folge dieser Schnittführung lassen sich leicht zwei dreieckige Lappen bilden, und in dem so gewonnenen Raume wird nun

die Urethra auf der Sonde frei präparirt. Darauf wird möglichst weit hinten ein Faden durch die obere Wand gelegt, derart, dass er einen Theil derselben nach innen faltet, und eine ebensolche Ligatur erfolgt nahe dem Orificium. Knotung der Fäden erfolgt auf einem Catheter Nr. 15. Die so verengte Urethra wird unterhalb der Clitoris angenäht, die Wundränder vereinigt und ein Verweilcatheter für eine Woche eingelegt.

Bei der Patientin Albarran's musste ausser obiger Operation noch eine Clitrorhaphia anterior vorgenommen werden. Trotzdem war das Resultat ein unvollkommenes, da nach kurzer Zeit aufs neue Harnträufeln beim Stehen eintrat. Barlow.

(85) Pousson circumcidirte bei einer Frau, die an Incontinentia urinae litt, die Urethra etwa $1^1/_2$ Cm. tief, und nähte dieselbe dann, nachdem er sie um ihre Achse gedreht und die Wunde bis an die Basis der Clitoris verlängert hatte, dort an. Erfolg: Patientin kann noch nach einem Jahre 4—5 Stunden Urin ohne Beschwerden halten. Barlow.

(86) Bérillon hält die Enuresis nocturna für das Resultat einer schlechten Erziehung und nicht eines pathologischen Zustandes. Meist genügt „moralische" Behandlung zur Heilung. Barlow.

(87) Bagot setzt detaillirt seine Massage-Methode, die er an drei Frauen bewährt gefunden hat, auseinander.

1. Tapotement der Lenden- und Kreuzbeingegend an stehenden Kranken.

2. Petrissage der Blase durch des Hypogastrium im Liegen.

3. Massage des Blasenhalses mit dem in das Rectum oder in die Vagina eingeführten Finger mittels Drucks gegen den Schambogen.

4. Spreizen und Schliessen der Oberschenkel unter abwechselndem Widerstande der Kranken.

An 2 weiteren Fällen hat Bagot mit Glück die Methode von Sänger versucht, die bekanntlich darin besteht, dass mittelst eines Metallbougies, welches jeden oder jeden 2. Tag in die Urethra der Frau eingeführt wird, unter Cocain oder ohne solches energische Druckbewegungen nach abwärts vorgenommen werden; 10 bis 12 Pressionen pro Sitzung. Heilung durchschnittlich in 12 Sitzungen. Bei abnormer Dilatation des Blasenhalses und der Urethra ist das Sänger'sche Verfahren nicht zu empfehlen. Ist die Blase durch Fisteln, Cystitis etc. stark verkleinert, so empfiehlt Bagot als eine Art Massage die Dehnung mit warmem Wasser. Barlow.

(88) Mit sehr genauer Angabe seiner Methode, die an Ort und Stelle nachgelesen werden muss, gibt Narich die Krankengeschichte zweier Fälle von lästiger häufiger Miction beim Weibe, welche er durch Massage in kürzester Zeit von ihren Leiden befreite. Barlow.

Varia.

Deutsche Dermatologische Gesellschaft. Nachdem durch die im Juli und August vorgenommene schriftliche Abstimmung die Abhaltung des **IV. Congresses** unserer Gesellschaft zu **Pfingsten 1894 in Breslau** beschlossen und mir die Geschäftsführung für diesen Congress übertragen worden ist, beehre ich mich hierdurch zum Besuch unserer Versammlung ergebenst einzuladen.

Der Congress wird stattfinden am Montag (Pfingstmontag), den 14. Mai 1894 und an den beiden folgenden Tagen.

Die Sitzungen werden abgehalten werden von 9—12½ und von 2—4½ Uhr. Die geschäftliche Sitzung ist für Dienstag, den 15. Mai, um 12 Uhr anberaumt. Die wissenschaftlichen Hauptthemata sind:

1. Ueber die modernen Systematisirungsversuche in der Dermatologie. Referent: Professor Dr. Kaposi.

2. Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von den Dermatomycosen. Referent: Professor Dr. Pick.

Ausserdem ist bereits eine Anzahl von Vorträgen angemeldet; ich bitte aber um möglichst baldige Anmeldung weiterer Vorträge und Demonstrationen, damit recht bald das vollständige Programm versendet werden kann. Einem früheren Beschluss der Gesellschaft entsprechend werden in erster Reihe Demonstrationen berücksichtigt werden; um dieselben nach Möglichkeit zu erleichtern, werden die Reise- und Verpflegungskosten für Kranke nach vorhergehender Anmeldung beim Geschäftsführer von der Gesellschaft getragen werden. In Verbindung mit dem Congress wird eine Ausstellung von Instrumenten, Arzneimitteln, Moulagen, anatomischen Präparaten etc. stattfinden; um möglichst frühzeitige Anmeldung wird dringend ersucht. Schliesslich bitte ich die Mitglieder, mir alle für die geschäftliche Sitzung beabsichtigten Anträge, sowie die Anmeldung von Collegen zur Aufnahme in die Gesellschaft möglichst bald übermitteln zu wollen.

Breslau, December 1893. **A. Neisser.**

General-Register zum Archiv für Dermatologie und Syphilis einschliesslich die Ergänzungshefte. Jahrgang I—XXV. Wir bringen hiermit zur Kenntniss der Leser dieses Archivs, dass das schon lange in Aussicht gestellte Generalregister zu unserem Archiv soeben erschienen ist und hoffen damit einem allseitig gefühlten Bedürfnisse entsprochen zu haben. Nachdem das Archiv für Dermatologie und Syphilis für sich das Verdienst in Anspruch nehmen darf, dass in demselben alle irgendwie berücksichtigenswerthe Arbeiten, welche auf dem Gebiete der Hautkrankheiten und der Syphilis während der letzten fünfundzwanzig Jahre erschienen sind, im Originale oder im Referate niedergelegt sind, wird das Register, das eben diesen Zeitraum (1869 bis inclusive 1893) umfasst, nicht bloss für jene, welche das Archiv besitzen, sondern für alle wissenschaftlich Arbeitenden ein literarischer Behelf von grösstem Nutzen sein.